



JAHRBÜCHER

für

PSYCHIATRIE.

HERAUSGEGEBEN

vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie

in Wien.

REDIGIRT

von

San.-Rath Dr. M. Gauster und Reg.-Rath Dr. Th. Meynert

Primararzt. o. ö. Univers.-Professor.

Erster Jahrgang.

(Neunter Jahrgang des psychiatrischen Centralblattes.)

WIEN 1879.

TOEPLITZ & DEUTICKE.

SCHOTTENGASSE 6.



An unsere Leser!

Der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie hat seit Jahren das einzige in Oesterreich bestehende Fachblatt für diese medicinische Disciplin, „das Psychiatrische Centralblatt", veröffentlicht, welches im Anfange mehr berichtend auftrat, in den letzten Jahren aber eine Reihe wissenschaftlicher Original-Arbeiten brachte.

Sowie der Verein durch Anregung der unter Befürwortung Rokitansky's in's Leben getretenen psychiatrischen Klinik die Verbreitung der psychiatrischen Kenntnisse, welche jeder Arzt nothwendig braucht, anstrebte, und die Gründung dieser Klinik zu seinen schönsten Erfolgen rechnen darf, ebenso ist die Redaction der Vereins-Zeitschrift bemüht, einerseits die wissenschaftliche Tendenz, welche in der Wiener psychiatrischen Schule vertreten ist, klarzustellen, und in derselben unter eingehender Förderung anatomischer Kenntnisse des Gehirnes die lebendige Verbindung des dabei gewonnenen Wissens mit den Thatsachen und Erfahrungen der klinischen Beobachtung zu vertreten; andererseits will sie dem praktischen Bedürfnisse durch orientirende Aufsätze über wissenschaftliche Standpunkte und Fragen aus dem psychiatrischen Gebiete, über neuere Leistungen in pathologischer, therapeutischer und forensischer Hinsicht eingehend Rechnung tragen, dann durch sorgfältige Aufmerksamkeit auf das Irrenwesen, die öffentliche Irren-Fürsorge und die Irren-Gesetzgebung auch hier für die Würdigung des Vorhandenen und die Besserung des Mangelhaften kräftigst wirken und endlich dahin streben, dass die wichtigsten psychiatrischen Kenntnisse nach und nach Gemeingut aller Aerzte werden.

So dürfte unser Vereinsorgan trotz dem Erscheinen ausgezeichneter Fachzeitschriften in Deutschland seine volle Berechtigung haben, abgesehen, dass Oesterreich ja auch in dieser fachlichen Richtung im Wettkampfe wissenschaftlichen Strebens und Fortschrittes durch ein periodisches Organ vertreten zu sein verdient.

Bei dieser immer selbstständigeren Entwicklung des Vereinsorganes erschien der bisherige Name und die Art seines früheren Erscheinens nicht entsprechend; es musste die Möglichkeit geboten sein, auch grössere Aufsätze auf einmal zu veröffentlichen.

Um dies in umfassender Weise thun zu können, hat der Verein für den materiellen Betrieb seines Organes einen Verleger gewonnen, der auch der Weiterentwicklung der Zeitschrift Interesse entgegenbringt. Diese Sorge für Umbildung des Blattes hat dessen Erscheinen heuer so lange verzögert.

Die Jahrbücher für Psychiatrie werden enthalten:

1. Original-Aufsätze aus dem Gebiete der Psychiatrie und ihrer Hilfswissenschaften, sowie forensischer Psychologie.

2. Kritische Uebersichten über den Stand strittiger Fragen auf diesem Gebiete.

3. Sorgfältig ausgewählte Casuistik in klinischer und forensischer Beziehung.

4. Original-Aufsätze und kritische sowie referirende Uebersichten über Irrenwesen, Irrenstatistik, Irrenanstalten.

5. Mittheilungen aus der Literatur, kritisirende Anzeigen interessanter deutscher und ausländischer Werke und Journal-Aufsätze aus den oben bezeichneten Disciplinen.

6. Vereins-Verhandlungen.

7. Notizen.

8. Personalien (Anstellungen, Beförderungen, Uebersetzungen, Auszeichnungen, Todesfälle).

9. Vereins-Anzeigen.

10. Inserate.

Aus dieser Uebersicht geht hervor, dass sowohl für die Irrenärzte, als auch für jene Fachpersonen, die mit der Lösung forensisch-psychologischer Fragen, sowie mit der Besorgung administrativer Angelegenheiten des Irrenwesens betraut sind, also Gerichtsärzte, Sanitätsbeamte, sowie praktische Aerzte überhaupt, die Jahrbücher Anregendes bieten wollen. Je mehr auch der praktische Arzt sich mit den Erfahrungen und Lehren der Psychiatrie vertraut macht, desto eher kann er den Forderungen seines Berufes, der ihm nicht gar so selten Gehirnkranke mit beginnender oder ausgebildeter Geistesstörung zuführt, gerecht werden, desto öfter kann er rechtzeitige Hilfe bieten, und desto mehr die Kranken und ihre Angehörigen vor vermeidbarem Schaden wahren.

Um unserer Aufgabe in immer ausgiebigerem Masse gerecht werden zu können, bedürfen wir der freundlichen Unterstützung unserer



Collegen durch geistige Mitarbeit, durch lebhafte Theilnahme an den Jahrbüchern.

Wir erbitten uns namentlich auch freundliche Mittheilung aller Personalveränderungen, Auszeichnungen, Sterbefälle u. s. w. in den Anstalten, über Anstaltswesen überhaupt u. dgl.

Und so wollen wir streben und hoffen, dass unser erweitertes Unternehmen seinen Aufgaben entsprechen und dieses Organ zur Förderung der Psychiatrie als Wissenschaft, zu ihrer Popularisirung unter den Aerzten und zur kräftigen Entwicklung der öffentlichen Irren-Fürsorge erfolgreich mitwirken werde.

Wien, im Mai 1879.

Die Redaction.

Die Heilung allgemeiner progressiver Paralyse*).

Von

Dr. Moriz Gauster.

Die Heilung der eigentlichen progressiven Paralyse der Geisteskranken wurde früher ganz unmöglich erachtet und wird jetzt noch von vielen Fachmännern als Täuschung betrachtet. Ich spreche von der progressiven Paralyse χατεξοχην, von der sogenannten typischen oder classischen, und sehe von den anderen in sie einbezogenen Formen, namentlich auch von den aus Syphilis, reinem Alkoholismus und Trauma hervorgegangenen ab. Anderseits wurde manchmal mit einer gewissen Leichtigkeit über Heilung bezüglicher Fälle gesprochen, als wenn selbe nicht sehr seltene Ausnahmsfälle wären und als wenn ärztlicherseits der Ausspruch genesen in diesen Fällen so sicher abgegeben werden könnte, wie bei einer Reihe anderer Gehirn-Erkrankungen mit Psychose.

Es darf nicht bezweifelt werden, dass auch diese böse Krankheitsform, welche so viel Unheil stiftet, so viel Familienglück, so viele Existenzen vernichtet und nicht blos gebildete und vermögliche Stände und das männliche Geschlecht allein heimsucht, wie so lange von ihr behauptet wurde, geheilt werden kann; ja ich möchte glauben, dass Heilungen mit der Zeit öfter, wenn auch immer selten, beobachtet werden, wenn die Erkenntniss der Initialstadien bei den praktischen Aerzten eine allgemeinere und die aufklärende Belehrung der Umgebung der Kranken über deren Zustand dadurch rechtzeitig ermöglicht wird; denn die anfänglichen pathologischen Processe sind zweifellos in vielen Fällen solche, welche in ihren anatomischen Veränderungen ohne Residuen ablaufen können. Wir sind nicht blos nach dem bekannten anatomischen Befunde der Ausgangszustände berechtigt, dies zu glauben, da derselbe erst das Resultat einer Reihe nach und nach sich aneinander knüpfender pathologischer Processe in den Gewebe-Elementen ist; wir sind dazu noch mehr

*) Auszugsweise vorgetragen in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 1. Februar 1878.



berechtigt, da in dieser Krankheit helle Intervalle, und zwar oft von sehr langer Dauer eintreten, welche ohne Milderung des pathologischen Processes nicht denkbar sind. Wir kennen heute weiterhin eine Reihe anderer pathologischer Hirnzustände mit mehr minder langer und tiefer psychischer Functionsstörung, zu denen erst später ausnahmsweise als Steigerung oder Umbildung des Krankheitsprocesses in den Hirnzellen progressive Paralyse hinzutritt. Hier ist der tiefe Verfall der Elementarbestandtheile, der in gewissem Sinne auch ein Zerfall ist, eine Weiterentwicklung eines früher vorhandenen anderartigen pathologischen Processes; warum soll daher nicht auch bei primär auftretender paralytischer Erkrankung der schwerere, unheilbare, das Gewebe umfassend destruirende Process die organische Weiterentwicklung einer ursprünglich noch nicht mit dauernder oder mindestens nicht mit umfänglicher Gewebsveränderung verbundenen Erkrankung sein können? Die stabil gewordene Gehirn-Hyperämie oder die chronisch-interstitielle Entzündung (Lubimoff nach Meynert's und Rindfleisch's Untersuchungen) muss nicht bis zum Aeussersten vorschreiten, wenn es auch in der Regel geschieht. Freilich liegt es in der Natur des Krankheitsprocesses, der uns als paralytischer erscheint, dass die Heilungen nur mit mehr minder wahrnehmbaren psychischen Defecten zu erwarten sind, je nach Ausdehnung und Intensität der Gewebeveränderung. Diese Defecte können aber fast unmerkbar sein, für Laien wenigstens. Wenn ich aber auch glaube, dass bei grösserer Sicherheit der Diagnose in dem Beginne der Krankheit, namentlich unter den nicht fachärztlichen Collegen mancher Erkrankungsfall rechtzeitiger jene Ruhe und Pflege findet, welcher diese Zustände bedürfen, um möglichst günstig zu verlaufen, so muss ich doch mit aller Entschiedenheit behaupten, dass man in einem Falle mit unzweifelhaftem, sogenanntem classischen paralytischen Irrsinne selbst bei anscheinend vollständiger Beruhigung und psychischer Klarheit eine Diagnose der Genesung mit Sicherheit nicht machen kann; diese ist doch erst festgestellt, wenn ich mit Sicherheit weiss, dass der Krankheitsprocess abgelaufen und das erkrankt gewesene Gehirn in seinem Gewebe in integrum oder mindestens fast in integrum restituirt sei, derart, dass seine psychische Leistungsfähigkeit der vor der Erkrankung bestandenen gleich oder mindestens nahezu gleich geworden.

Dies sind wir aber bei dem paralytischen Irrsinne nach Eintritt der Erscheinungen einer ausgiebigen Reconvalescenz heute noch nicht im Stande auszusprechen, wenigstens nicht vor mehrjähriger Dauer derselben.

Diese Krankheit zeichnet sich bekanntlich eben durch die Eigenthümlichkeit aus, dass ohne etwaige Periodicität lichte Intervalle von verschiedener Intensität und verschiedener Dauer eintreten, oft sehr plötzlich, und oft eben so plötzlich höchster Erregung oder tiefster Verworrenheit Platz machend.

Ich hatte in meiner Abtheilung einen 31jährigen Schuster, welcher ein ausgesprochener Paralytiker war, mit tiefer Sprachstörung, excessiven, sehr verworrenen Grössen-Ideen und ziemlich raschem Versenken in Demenz, welcher wiederholt zur Ruhe, Krankheitsbewusstsein und zusammenhängender Darstellung seiner Gedanken kam, einmal acht Tage, einmal einige Tage, einmal weniger als eine halbe Stunde; als ich in die Abtheilung für Halbruhige, in welcher er sich befand, mit der Morgenvisite eintrat, kam er mir einmal, nachdem er noch kurz vorher verworren gesprochen, ruhig entgegen, hatte volles Krankheitsbewusstsein und sprach ziemlich klar über seinen Zustand; als ich



die Abtheilung von fünf Zimmern verliess, fand ich ihn auf dem Gange, vollkommen verworren, voll unsinniger Grössen-Ideen, die kaleidoskopartig wechselten. In anderen Fällen dauern die Intervalle aber Monate und Jahre.

Betrachten wir nachstehende lehrreiche Fälle:

1. Schüle*) berichtet von einem 37jährigen Gelehrten, der in Folge geistiger Ueberanstrengung im Januar 1867 mit psychischer Hyperästhesie nach Illenau kam. Sein Charakter hatte sich seit zwei Jahren geändert, er war immer reizbarer geworden. Hypochondrische Verstimmung mit Verzweiflung hatte sich hinzugesellt, und zwar in Form psychischer Hyperästhesie. Notorische Krankheitssymptome fehlten, Intelligenz anscheinend ganz intact, nur bei genauer Beobachtung vorübergehende Spuren psychischer Schwäche, utopische Pläne; Juli 1868, anscheinend ganz klar und beruhigt, ging er in ein Bad und trat dann wieder seinen Beruf als Universitätslehrer an. 1869 kam er als ausgesprochener Paralytiker im Blödsinns-Stadium zurück. Er starb Ende Mai 1870 nach stark gehäuften epileptiformen Anfällen. Der Sectionsbefund bestätigte später die Diagnose.

2. Schüle**) bringt in seinen Beiträgen zur Kenntniss der Paralyse noch einen andern hier zu erwähnenden Fall. Ein 36jähriger Bierbrauer, der $1^1/_2$ Jahre vor seiner Erkrankung an Blattern in schwerem Grade gelitten hatte, ward in Folge mässigen Geschäftsverlustes deprimirt, hielt sich ruinirt, hatte Sterbegedanken. October 1873 kam er nach Illenau. Hier constatirte man Circulations-Trägheit mit venöser Stauung im Gehirne. Die Melancholie wurde schwerer, ein Selbstmordversuch geschah; darauf tiefe Stupidität, nur manchmal dabei hypochondrische Klagen. April 1874 besserte sich der Zustand und September 1874 sandte man den anscheinend genesenen Kranken an den Bodensee und dann nach Hause. Auch dort erschien er genesen. In der Anstalt hatte man wohl Anfangs Verdacht auf schwereren Verlauf, gab sich aber jetzt auch beruhigt. Ende Januar 1875, während der Verhandlungen über Curatels-Aufhebung wird er erregter, plant grosse Unternehmungen, macht unüberlegte Käufe und Geschäfte, wird excessiv, Sitte und Anstand bei Seite setzend, und muss endlich Anfangs März 1875 in die Anstalt zurückgebracht werden. Alle Erscheinungen classischer Paralyse! Sie entwickelte sich rasch, unter heftiger sechswöchentlicher Tobsucht wurde der körperliche Verfall eingeleitet, er starb 4. August, ohne paralytische Anfälle durchgemacht zu haben, und die Section bestätigte die übrigens ohnehin zweifellose Diagnose.

3. Ich habe in dem Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien im October 1876 einen Fall mitgetheilt, in dem der Patient als genesen erschien und unter allen Vorsichten auch aus der Wiener Landes-Irrenanstalt von mir geheilt entlassen worden war. Ich wiederhole meinen damaligen Bericht:

Ein 43 Jahre alter Anwalt, mittelgross, gut gebaut, sehr intelligent, in dessen Familie keine Geistesstörung vorgekommen, etwas jähzornig, doch sonst gutmüthig, liebenswürdig im Umgange, immer mässig, litt seit seinem späteren Jünglingsalter ziemlich häufig an rechtsseitiger Hemicranie und zeitweilig auch an meist linksseitigem Gesichtsschmerze, und zwar in ziemlich heftigem Grade. Er war als Hilfsarbeiter bei seinem Chef sehr beliebt, wurde selbständig

*) „Allg. Z. f. Psych." 32. Bd., 6. Heft.
**) Ebenda.



und erwarb in Kurzem eine recht schöne Praxis. In der Periode des Speculations-Fanatismus hatte er sich gleichfalls an Speculationen betheiligt, hatte Bürgschaft geleistet und war in grosse, seine Kräfte übersteigende Verpflichtungen hineingerathen, denen er um jeden Preis durch Vermehrung der Einnahmen gerecht werden wollte. Er überbürdete sich mit Facharbeiten, so dass er auch den Appetit verlor, sich weniger nährte und schon im Herbste 1874 reizbarer, verstimmter, vergesslicher wurde. Ende Februar 1875 steigerte sich die Erregung bedeutend, er sprach manchmal „ganz sonderbar", seine Aussichten und den pecuniären Besitz überschätzend, gab aber zu, dass er sich bei der Arbeit überangestrengt habe und wollte deshalb zur Erholung eine Reise nach Italien machen; da die Erregung hochgradig wurde, ward ich consultirt.

Ich fand den Kranken körperlich herabgekommen, schlecht genährt, mit heissem Kopfe, in der Erregung geröthetem Gesichte, das aber nach Rücktreten derselben stark erblasste; Puls beschleunigt, härtlich, linke Pupille weiter, beide mässig auf Lichtreiz reagirend, die Bindehaut glänzend, Hauttemperatur im Allgemeinen etwas erhöht, die Hände aber feucht und kühl, die Zunge belegt, beim Vorstrecken kaum merklich zitternd. In heftigerer Erregung namentlich zeigte sich leichte Facialisparese links.

Der Kranke sprach heftig, rasch mit lebhafter Mienen- und Handbewegung, voll Unternehmungsgeist bezüglich einer Reihe bevorstehender Arbeiten u. s. w.: Er sei nicht krank, doch habe er zu viel gearbeitet, darum reise er, um sich zu erholen; er sprang mitten in der Rede auf andere Gegenstände über; sein Benehmen, obwohl sehr erregt, blieb immer noch social entsprechend. Nach etwas mehr als halbstündiger Unterredung ermattete er sichtbar, wurde blass, sank zurück, so dass ich ihn rasten liess. Während des Sprechens stockte der Kranke manchmal mitten in der lebhaften Rede, als wenn er das rechte Wort nicht fände.

Ich liess ihn zu Bette gehen; er kam bald von den Reise-Ideen ab, wurde zum Theil sehr apathisch; er gab zu, krank zu sein, zeigte sich sehr vergesslich; Grössen-Ideen wechselnden Inhaltes traten hervor; in Vielem zeigte sich eine merkliche Abschwächung in geistiger Hinsicht. Er wollte, dass alle seine Angehörigen in Sammt gehen müssen, seine Frau müsse ein vergoldetes oder goldenes Kleid bekommen; er war rasch, aber meist vorübergehend erregt, wenn er die Speisen oder Getränke nicht erhielt, die er verlangte, er wollte oft frische Seefische und verlangte, dass man Morgens nach Triest telegraphire, damit sie Mittags da seien u. dgl.; für Zeit und Raum fehlte meist die klare Auffassung. Aus seinem früheren Geschäfts- und Reiseleben spukten oft in verwirrtester Weise viele Erinnerungen in seinen Reden. Oftmals benahm er sich kindisch, eigensinnig, zeitweilig war er sehr hinfällig und matt. Der Puls wurde nach und nach langsam (58—66), klein, der Schlaf wechselnd, der Kopf war warm, Extremitäten kühl, Stuhl rückgehalten, Urin manchmal gleichfalls lange ausbleibend; oft wollte er sich nur schwer zum Uriniren bewegen lassen; zeitweilig verschiedene hypochondrische Wahn-Ideen, namentlich gegenüber Arzneien. Gegenüber seinen Kindern, die er sehr geliebt hatte, war er gleichgiltig, die Sprache wurde öfters stark erschwert, indem er die Worte nicht fand, einzelne Silben nicht recht aussprechen konnte.

Im Laufe der nächsten Wochen wurde er zweimal klarer; die paretischen Erscheinungen (wechselnde Pupillendifferenz, meist links Erweiterung, wech-

selnde Energie der Lichtreaction, rechtsseitige Zungenabweichung, Facialisparese, Sprachstörung) verschwanden fast ganz, es trat vollständiges Krankheitsbewusstsein und ziemliche Erkenntniss seiner Lage ein; doch immer nur kurze Zeit, einmal 2, einmal 4 Tage, bald folgten Verwirrtheit, Unruhe. Der Kranke wurde heftiger, er schlug auf seine Frau und würgte sie; die Grössen-Ideen zeigten sich immer bedeutender, er besitze Paläste u. s. w. Während er früher den grösseren Theil der Zeit im Bette lag, liess er sich jetzt nicht halten, er sprang heraus, wollte in die Kanzlei, konnte nur unter männlicher Assistenz zurückgehalten werden.

Eines Morgens fing er an, mit den Armen in der Luft heftig herumzufahren, als wenn er an Zügeln etwas leiten müsste (er müsse alle Eisenbahnen dirigiren u. dgl.), wobei starke Gehirncongestionen vorhanden waren; die Pupillen waren erweitert, die Augen glänzend, der Körper von der unablässlichen Arbeit in Schweiss gebadet. Er behielt die Eisumschläge nicht, stiess und schlug auf seine Umgebung und erst nach einiger Zeit konnte er in den Wagen und in unsere Anstalt gebracht werden. Sogleich nach seiner Ankunft im Asyle wurde er tobsüchtig, doch beruhigte er sich schon bis nächsten Tag.

Ich führe den Befund am Tage nach der Aufnahme an, um nochmals ein klares Bild der Krankheit, wie sie von mir und meinen Secundar-Aerzten constatirt wurde, zu geben:

Kopf regelmässig gebaut, Gesicht blass, linke Pupille weiter, beide Pupillen übrigens erweitert, träge. Nasolabialfalte links schlaffer, Stirnfalten links etwas weniger ausgeprägt, Zunge ausgestreckt nach rechts stehend, Körperwärme etwas erhöht, Abendtemperatur um ein Weniges ($^2/_{10}{}^0$ C.) gesteigert, Haut trocken, Appetit ziemlich gut, Schlaf unruhig, Stuhl und Harnabgang normal.

Kein Krankheitsbewusstsein; er spricht von seinem Palaste, in dem er wohne, von seinen Unternehmungen, seinen Gärten, zahlreichen Projecten, dem Schmuck, goldenen Bechern seiner Frau, ihren goldenen Kleidern u. s. w. immer abgebrochen, verwirrt, aber in artigem Tone, die Besorgnisse für seine Gesundheit verlachend, er sei gesund, nie so gesund gewesen. Die ihm von früher Bekannten erkennt er. Die Sprache ist manchmal etwas gehemmt, theils in psychischer Hinsicht, indem er Worte verwechselt oder schwer findet, theils in motorischer Richtung, indem er schwer articulirt. Gedächtniss geschwächt, für frühere Erlebnisse ungeordnet, für jüngst vergangene Zeit theils ganz aufgehoben, theils sehr verworren; er ist kindisch in Anschauungen und zum Theil im Benehmen, erscheint in der Urtheilsfähigkeit nicht blos gehemmt, sondern geschwächt. Der Kranke ist leicht erregbar, aber die Erregung nie von Dauer, bei der Erregung werden die Pupillen weiter. Puls 84, klein, Athmung regelmässig. Die Angaben über die Versuche mit dem Tasterzirkel unverlässlich. Brust und Bauchorgane normal. Allgemeine Ernährung mittelmässig. Gang etwas steif, beim Umdrehen Schwanken. Kräftezustand herabgesetzt und in gar keinem entsprechenden Verhältnisse zum Kraftgefühl. Nun wechselte der Zustand zwischen Apathie, Unwirschsein mit heftiger aber vorübergehender zorniger Erregung, sowie besonderem Wohlbehagen und Zufriedenheit mit Allem, was ihm geboten wurde, in buntem Wechsel. Ueber seine Verhältnisse, denen gegenüber er nur selten während der daheim zugebrachten Zeit der Krankheit in den lichteren Momenten halbwegs klar war, blieb er in vollem Irrthume, das Geschäft florire, Tausende Gulden ständen aus. Er zerriss mehrfach seine Kleider, warf das Bett heraus, die schwachsinnigen



Ideen über goldene Kleider, rasche Ueberbringung von Seefischen u. dgl. kehrten wieder. Einigemale ass er nicht, das früher von ihm über die Massen gelobte Essen war ihm zu schlecht.

Er war am 15. April ins Asyl gekommen. Am 7. Mai begann eine später abscedirende Entzündung der Weichtheile ober dem rechten Knie, herbeigeführt durch Trauma, als er mit dem Fusse an die Thüre gestossen hatte. Der Kranke kam herab. Am 28. Mai öffneten wir denselben, wobei sehr viel Eiter abfloss. Psychisch blieb sich Patient gleich; zeitweilig riss er den Lister'schen Verband sowie die Compressionspflasterstreifen ober und unterhalb herab. Grössenwahn im Gleichen fort.

Trotzdem zwischen den Muskeln viel Eiter versenkt war, heilte der Abscess relativ rasch, so dass am 22. Juni der Fuss wohl steif war, aber der Kranke schon ein wenig herumging.

Im Juli waren noch immer leichte Temperaturdifferenzen zwischen Morgen und Abend (Abends höher); die Lähmungserscheinungen dauerten fort, er hatte über seinen Zustand und seine Verhältnisse keine Klarheit; die Grössen-Ideen waren noch, aber etwas gemindert vorhanden; er zeigte sich kindisch, manchmal läppisch. Appetit sehr gross; im Ganzen war er ruhiger, das Gedächtniss war etwas gebessert.

Im August äusserte er sich über seinen Zustand dahin, dass man ihn gefangen halte; er wäre wohl daheim krank gewesen, erinnert sich aber nur an wenige Vorkommnisse; jetzt sei er ganz gesund. Er danke für die Hilfe, man habe kein Recht mehr, ihn zu halten. Er ist übrigens in den letzten Wochen stark ergraut. Bei Fortdauer der paretischen Erscheinungen im Gesichte und leichter psychischer Sprachstörung wurde er körperlich kräftiger; er lief im Garten viel herum. Allgemach gegen Ende August wurde er sehr deprimirt, aus Sorgen für sein Geschäft, sprach aber noch oftmals viel und kindisch; doch wurden nach und nach die paretischen Erscheinungen schwächer, das Krankheitsbewusstsein klärte sich, jedoch traten, namentlich bei leichter Aufregung und lebhaftem Sprechen, noch immer gesteigerte Selbstschätzung und Urtheilsabschwächung, in Neigungen und Wünschen ein Kindischsein hervor. In Geldbeziehung fehlte noch die richtige Beurtheilung seiner Verhältnisse. Die Erinnerung für vieles Thatsächliche aus seinem Geschäfte kehrte zurück. Er fühlte und glaubte sich ganz wohl und hatte kein Bewusstsein der noch anhaftenden anomalen Zustände.

Ich beurlaubte den Kranken Anfangs September zum Aufenthalte am Lande. Er war im Beginne noch immer sehr reizbar, über seinen langen Aufenthalt in der Anstalt sehr ungehalten, sehr misstrauisch gegen seine Frau, und hatte wenig Schlaf. Nach und nach beruhigte er sich, nahm die Mittheilung über den Geschäftsrückgang ziemlich ruhig auf; gegenüber Personen, die ihn vor seiner Erkrankung kränkten, zeigte er eine gewisse Apathie, doch war er nach und nach über alle Verhältnisse immer klarer. Er wurde sehr ruhig überlegend, seine Urtheilskraft näherte sich, ausgenommen eine kaum bemerkbare Nuançe von Abschwächung, der früheren Stärke, er betrachtete seine Lage, in der er sein Geschäft fast von Neuem beginnen musste, allgemach mit grosser Ruhe und Objectivität und mit entsprechender Energie, arbeitete fachlich ganz gut, nur ermüdete ihn bald die Arbeit, so dass er über eingenommenen Kopf klagte, und das Denken erschwert fühlte. Auch dies liess allgemach nach, er ward wieder ein heiterer, liebenswürdiger Gesellschafter und im Februar 1876 waren alle paretischen Erscheinungen geschwunden.



Nur das ergraute Haar und die dem genauen Beobachter merkliche, ganz leichte psychische Abschwächung erinnerten an die überstandene Krankheit.

Er wurde demnach in diesem Monate als genesen erklärt.

Laien hielten ihn mit wenigen Ausnahmen schon seit einiger Zeit für gesund. Er hatte seine Anwaltpraxis wieder aufgenommen und zwar unter ziemlich schweren Umständen, brachte sie aber ganz gut zur Geltung und hat sie im Laufe des Jahres recht sehr gehoben.

Nach seiner Besserung kam selten Migräne in Vorschein, wie vor der Erkrankung. Gesichtsschmerz trat nicht auf.

So stand es im October. Im Frühjahr 1877 nach mehr als einjähriger Dauer der vollen Beruhigung und Klarheit wurde der Kranke jedoch wieder reizbarer; es traten plötzlich rasch vorübergehende Verwirrung, Denkstillstand und Unmöglichkeit des Sprechens oder Stottern ein. Nach ein paar Tagen war Alles wieder verschwunden, nur grössere Sprechlust und leichte Steigerung der früher verbliebenen geringen psychischen Abschwächung blieben zurück. Im Sommer traten aber paralytische rasch vorübergehende Anfälle mit Krämpfen auf, wobei starke Sprachstörung vorhanden war; später wurde er wohl wieder klar, aber blieb geistig schwächer; dann kam tiefe Depression, und darauf öfter sich wiederholende rasch vorübergehende Verwirrung; volle Arbeitsunfähigkeit bei übertriebenem Arbeitseifer, kindische Geschwätzigkeit; Pupillendifferenz, die sich bei den ersten paralytischen Anfällen vorübergehend gezeigt, wurde dauernd und stärker (links weiter), Abendtemperatur etwas gesteigert, während sonst meist kühle Hände und Füsse vorhanden waren; die linksseitige Facialparese wohl wechselnd stark, aber nie ganz verschwunden. Es zeigten sich vorübergehend hallucinatorische Zustände, er glaubte, Räuber wollen ihn bestehlen, hörte Lärm, wurde unsteter, Grössen-Ideen traten in immer schwachsinnigerer Weise und sehr bruchstückartig hervor; er wurde sehr heftig, reizbar, drohend, so dass er im Mai 1878 aus der sorgfältigen und aufopfernden häuslichen Pflege wieder in die Anstalt auf meine Abtheilung überbracht werden musste. Hier treten zeitweilig paralytische Anfälle, manchmal mit stärkeren und längeren epileptiformen Krämpfen auf, die geistige Abschwächung ist bedeutend, er wird zeitweilig unrein; die Sprach- und Ganglähmung ist stark, erstere wechselnd, letztere stetig, die Gedächtnissschwäche ist seit Geraumem enorm; diese zeigte sich auch schon bei den paralytischen Anfällen im Sommer 1877 allmälig stärker hervortretend und continuirlich wachsend; jetzt ist er schon ganz kindisch.

4. Ich will hier noch einen Fall aus meiner Anstalts-Praxis als klaren Beleg der oben ausgesprochenen Behauptung aufstellen.

W. F., 40 Jahre alt, Polizeibeamter wurde am 21. Juli 1874 aus der steierischen Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz in die Wiener Landes-Irrenanstalt auf meine Abtheilung überbracht.

Der seit mehreren Jahren an gastrischen Beschwerden leidende Mann war von jeher Hypochonder und schwarzsehend. Er war in äusserst angestrengtem und dabei mit ziemlich viel Unannehmlichkeiten verbundenem Dienste, und hatte einen Theil seines mühsam ersparten Vermögens beim Börsenkrach verloren. Er wurde im Winter 1873 bis 1874 tief melancholisch verstimmt, so dass er Monate lang Selbstmordgedanken hatte; er studirte Methoden für schmerzlosen Tod. Im März 1874 wurde der bishin so sparsame, ja kargende Mann verschwenderisch, wollte sich blos den Wissenschaften widmen, war barsch, zornig, die Stimmung schwankte zwischen tiefer Ver-



stimmung und excessiver Heiterkeit, er verlor das Schicklichkeitsgefühl; er sprach von seinen Reichthümern, Häuserkäufen, Reisen nach Ostindien. Am 6. April kam er nach Feldhof; linker Mundwinkel schlaffer, Pupillen träge, Puls 96, Sprache hie und da unsicher, Gang steif. Gehobenes Selbstgefühl, extravagante Grössen-Ideen, übermässig gesteigertes Kraft- und Gesundheitsgefühl, Magenkatarrh. In der Anstalt schwanden allmälig die Grössen-Ideen, die psychische Schwäche und die motorischen Störungen dauerten, doch etwas gemindert, fort.

Er kam am 21. Juli mit der Diagnose *Dementia paralytica* im Remissions-Stadium auf meine Abtheilung. Hier zeigte er sich hypochondrisch verstimmt, Sprache langsam, Articulationsstörung nur selten; er war immer recht pedantisch, ruhig, besserte sich im Sommer und Herbst 1874 immer mehr; geringe geistige Abschwächung war aber unverkennbar; motorische Störung in Gang und Sprache waren verschwunden, die linksseitige Facialparese jedoch deutlich sichtbar. Der Kranke fühlte sich gesund, drängte hinaus, er wolle zu seiner Arbeit; er benahm sich auch in vollständiger freier Bewegung in und ausserhalb der Anstalt ganz correct, sparsam; er wurde daher auf unbestimmten Urlaub entlassen, damit er sein Amt besuchen könne. Ich hielt diesen Zustand nur für eine Remission, da die geistige Abschwächung deutlich merkbar und sich gleich blieb, und die Facialparese, wenn auch geändert, doch fortbestand. Er ging in sein Amt, verrichtete anstandslos, wenn auch langsam, seinen Dienst, und wurde am 25. Februar 1875 auf Grund einer am 12. Februar vorgenommenen gerichtsärztlichen Untersuchung, bei der aber die Anstalt gar nicht intervenirt hatte, gesund erklärt, und sonach die im Sommer über ihn verhängte Curatel aufgehoben. Ich hatte ihn die Zeit über ein paar Mal gesehen, und mir war in letzterer Zeit gerade ein Zunehmen der Facialparese aufgefallen, auch fand ich den Blick unsteter. Ende März ward F. unsteter, manchmal trat eine Gedankenpause ein; er wurde reizbarer und der Zustand steigerte sich bald so, dass er am 17. April 1875 auf das sogenannte Beobachtungszimmer des allgemeinen Krankenhauses und von da am 26. April desselben Jahres in die Irrenanstalt auf meine Abtheilung kam. Und in welchem Zustande! Körperlich hochgradig herabgekommen, Sprache sehr stark erschwert; er lässt manche Silben aus, manche wiederholt er, stottert, ist verwirrt, versteht oft die Fragen gar nicht, starke motorische Störung, Magenkatarrh, der auch in seinen Reden mit einer Reihe früher benützter Receptformeln in buntem Durcheinander, doch nie in stürmischer Hast, sondern immer in verlangsamter Art häufig berührt wird. Die linksseitige Facialparese stark ausgeprägt (linker Mundwinkel stark hängend, Nasolabialfalte ganz ausgeglichen), rechter *levat. palpebr. sup.* paretisch, daher die Lidspalte enger, starke Tremores der Zunge, die auch stark belegt ist; beständige Kaubewegung, starke Tremores der oberen Extremitäten; untere sehr geschwächt, tragen ihn fast nicht, so dass er liegen muss. Alsbald trat auch stärkere Unruhe ein, er zog sich ganz aus, wurde unrein, zerriss seine Kleider; Vergiftungs-Ideen traten öfters so bestimmend hervor, dass er die Nahrung nicht nehmen wollte, hypochondrische Vorstellungen verschiedener anderer Art kamen bruchstückweise zum Vorschein. Die Verblödung wurde hochgradig, er versank bei sorgfältigster Pflege immer mehr, eine Aufhellung mit Stillstand kam nicht mehr vor; die Lähmungserscheinungen schritten vorwärts, obwohl eine Zeit hindurch der Ernährungszustand ein besonders guter war. Paralytische Anfälle kamen ziemlich spät; die Lähmung zwang endlich zur



dauernden mehrmonatlichen Bettlage, in der vielfach Decubitus auftrat, und am 8. Juni 1878 starb er in soporösem Zustande.

5. Zur Charakterisirung der langen Dauer von Stillständen, bei denen ärztlich keine volle Genesung, aber doch erhebliche Besserung wahrgenommen, diene schliesslich folgender Fall, den ich nur kurz skizzire: N. A., Schneidermeister, 37 Jahre alt, war Juli 1875 auf das Beobachtungszimmer des k. k. allgemeinen Krankenhauses gekommen, weil er seit 14 Tagen sein Geschäft nicht mehr versah, unnütze Einkäufe machte und gewaltthätig geworden. Nach 16 Tagen nahm ihn seine Familie in häusliche Pflege, musste ihn aber 2 Tage später wieder in das allgemeine Krankenhaus bringen; von da kam er an demselben Tage, am 2. August, in die Landes-Irrenanstalt auf die Abtheilung des Herrn Professors Leidesdorf. Hier zeigte er hochgradigen Schwachsinn, bewirft in unverständigem Spiele die Mitkranken mit Steinen, benimmt sich ganz kindisch. Nach Angabe seiner Frau soll er immer sehr reizbar gewesen sein, so dass er oft nach Zornesausbruch stundenlang erschöpft war; im Sommer 1874 wurde er bei grösserem Fleisse in der Arbeit ungenau, fing an über sein Vermögen Ankäufe zu machen. Im Frühjahre 1875 wurde er vergesslich, verwechselte die Gegenstände, konnte seine Arbeiten nicht mehr machen, obwohl er sich über Macht anstrengte. Nach 6 Wochen nahm ihn seine Frau ungebessert gegen Ueberwachungsrevers aus der Anstalt, er musste aber nach 6 Tagen wegen Aufregung, Grössenwahn, grossartigen Bestellungen wieder in das Krankenhaus und von da in die Irrenanstalt gebracht werden. Hier zeigte er sich sehr schwachsinnig, ganz gleichgiltig für die Veränderung seiner Lage, zudringlich, unstet, allmälig immer unruhiger, aggressiv, die Grössen-Ideen werden immer exorbitanter nach allen Richtungen hin. Als Lähmungs-Erscheinungen sind rechtsseitige Facialparese, Erweiterung der linken Pupille, fibrilläre Zuckungen der Zunge aufgezeichnet, die Diagnose ist abermals auf progressive Paralyse gestellt. Ende November 1875 wird er ruhiger, allmälig klarer, die paretischen Erscheinungen verschwanden bis auf eine minimale Differenz der Pupillen; die Remission erschien als vollständige; am 20. Januar 1876 nahm ihn die Frau gegen Revers hinaus. Die Remission blieb auch ziemlich vollständig bis 1879, so dass er in seinem Geschäfte arbeitete, ja es leitete, und nur etwas Reizbarkeit und ein geringfügiger Schwachsinn merkbar war, das Rechnen ging etwas schwerer als früher. Im Februar 1879 wurde er wieder aufgeregt, glaubte ein grosses Geschäft zu haben, will zum Kaiser, damit bei ihm Bestellungen gemacht werden, wurde gegen seine Umgebung gewaltthätig. Er kam am 2. März in das Beobachtungszimmer und von da sogleich in unsere Anstalt auf meine Abtheilung. Kein Krankheitsbewusstsein, excessiver Grössenwahn im Bereich seines Berufes; alle Wärter und Kranke seien seine Kunden; er werde sich 2 Millionen von der Nationalbank ausleihen und in Paris, London, Amerika, Asien Geschäfte errichten, mehrere Millionen Gesellen aufnehmen, habe eine Bestellung auf eine Million Uniformen; bald geht der Grössenwahn über seinen Beruf hinaus in's Allgemeine, er werde Häuser und Kriegsschiffe bauen, er müsse alle Sprachen lernen, u. s. w., u. s. w., wie bei seinem früheren Aufenthalte. Stirnfalten rechts verstrichen, linke Pupille weiter, gegen Lichtreiz gar nicht, die rechte träg reagirend, Zunge zittert; Silbenstolpern sehr deutlich; nach wenigen Tagen tritt rechte Facialparese bei dem sehr unruhigen Kranken hervor. Die Unruhe und Zerstörungssucht steigerte sich bald in hohem Grade, die Sprachstörung, Verwirrung mit den aberwitzigsten Grössen-Vorstellungen



wachsen rasch; er starb am 14. April d. J. an einer hinzugetretenen Dysenterie. Die Section ergab hier wie bei dem früheren Falle starke Gehirn-Atrophie.

Wir lernen aus diesen Fällen, wie unsicher das Urtheil ist, ob ein Paralytiker dauernd hergestellt sei oder nicht; das gibt uns aber kein Recht, wenn nach einer nicht zu kurzen Beobachtung ein Paralytiker Klarheit, Krankheitsbewusstsein und Verschwundensein aller übrigen Krankheits-Symptome zeigt, denselben aus gerechtfertigter Sorge, dass dies nur ein vorübergehender Stillstand sei, in der Anstalt zurückzuhalten, oder in seiner Berufsausübung zu hindern, und so seine Zukunft zu gefährden, wenn wir nicht bestimmte Anhaltspunkte haben, dass die Berufsausübung und die Aussenverhältnisse auf den anscheinenden Reconvalescenten erheblich nachtheilig einwirken müssen. In allen obigen Fällen war nur lange Dauer der intervalla lucida, waren nur Remissionen. Wir finden im Falle 4 eine Remission, die mir als keine ausgiebige, vollständige erschien und doch dem Kranken die Ausübung seines Amtes derart gestattete, dass das Gericht in Folge dessen ihn gesund erklärte und das Curatel aufhob. Wenn ich im Falle 3 wegen des von der Umgebung des Kranken kaum wahrgenommenen unbedeutenden Schwachsinnes die Gesundheits-Erklärung verweigert hätte, wäre der Anwaltsberuf des Kranken in Frage gestellt gewesen; ja wenn ich aus Unsicherheit, ob Heilung oder Stillstand? die Familie bewogen hätte, den Kranken zu noch längerer Beobachtung in der Anstalt zu belassen, so wäre ganz zweifellos bei diesem eine solche Verstimmung entstanden, dass der Rückfall früher eingetreten wäre; wir dürfen nicht vergessen, dass der Anstalts-Aufenthalt, so wohlthätig und erfolgreich er auch für viele Perioden psychischer Erkrankungen ist, für gewisse Kranke, und namentlich für gewisse Stadien der Krankheiten sehr übel wirken kann, entweder durch tiefe Verstimmung oder heftige Erregung über die Beschränkung der persönlichen Freiheit.

Es gehört ein sorgsam geübter Blick und eingehende Analyse einer Erkrankung, des erkrankten Individuums und seiner Aussenverhältnisse dazu, um stets richtig zu entscheiden, dass für diesen oder jenen Kranken, der erst im Beginn der Reconvalescenz ist, bei dem das Krankheitsbewusstsein erst nach und nach durchbricht, die Rückkehr in die Aussenwelt die Genesung fördert, das Rückhalten in der Anstalt sie gefährdet; in ähnlichem Zweifel sind wir gegenüber Paralytikern mit anscheinend vollständiger Remission. Ist diese nicht gar zu kurz beobachtet, erprobt sie sich bei einem Versuche des Lebens in der Aussenwelt, dann darf man seiner wissenschaftlichen Zweifel willen den Beruhigten nicht zurückhalten, nicht in seiner Zukunft gefährden, aber man muss seine Umgebung über die Möglichkeit des Rückfalles und des weiteren unglücklichen Verlaufes verständigen.

Ebenso dürfen wir über die Heilungs-Möglichkeit eines paralytischen Irrsinnes nicht den Stab brechen, bevor nicht der volle psychische Verfall mit tiefgehenden somatischen paralytischen Erscheinungen gepaart constatirt ist; wir können durch das ungünstige, den bisherigen Anschauungen entsprechende Urtheil die Zukunft eines Menschen im höchsten Grade gefährden, der, wie es die heutigen Erfahrungen zeigen, doch, wenn auch nur als seltener Ausnahmsfall, ganz oder für eine Zeit berufsfähig werden könnte.

Ich will hier noch einige Fälle zur Beleuchtung der Wichtigkeit der Prognose und des Ausspruches über Genesung mittheilen.



6. Geh. Medc.-Rath Flemming erzählt in seinem Aufsatze: zur Prognose der *Dementia paralytica**) nachstehenden Fall:

Ein Rechtsbeamter von 40 Jahren, Lebemann, kräftigen, fast herkulischen Körperbaues, ohne nachgewiesene Familienanlage, aus dessen früherem Leben Krankheiten nicht bekannt sind, verfiel, nachdem er kürzlich gehäuften Gelagen beigewohnt hatte, inmitten der darauf folgenden angestrengten Berufsarbeit in befremdliche Aufregung, die sich rasch zu exaltativem Wahnsinn gestaltete und seine Aufnahme in eine Krankenanstalt forderte. Auch bei ihm traten, neben der Schlaflosigkeit, unablässiger Rastlosigkeit und nicht seltener tobsüchtiger Aufregung, alle die mehrerwähnten Symptome der hier besprochenen Krankheitsform zu Tage: der Grössenwahnsinn mit schrankenlosen Ideen von Vermögen und Macht und die motorischen Mängel, Parese der Zunge, Pupillendifferenz, Unsicherheit des Ganges. Nach kurzer Zeit, als es nur erst gelungen war, die Agrypnie zu mässigen, wurde ich in Folge der amtlichen Verhältnisse, die eine längere Vacanz schlechthin nicht duldeten, von der Heimatsbehörde gedrängt, ein Urtheil über muthmassliche Dauer der Krankheit und ihren Ausgang abzugeben. Es konnte nach aller meiner Erfahrung nur auf Unheilbarkeit und auf den nach wenigen Jahren zu erwartenden tödtlichen Ausgang lauten. In Folge dessen wurde unverzüglich die Pensionirung des Kranken und die Neubesetzung seiner Stelle eingeleitet; seine Angehörigen aber beschlossen die Zurücknahme desselben in nächster Zeit, Zwecks der Pflege innerhalb der Familie. Es waren wenig fernere Wochen vergangen, als sich, anfangs unregelmässig, immer deutlichere Remissionen der Krankheitserscheinungen merklich machten, die sehr bald einen regelmässigen Tertian-Typus behaupteten. Die Gegensätze wurden bald so beträchtlich, dass, während der Kranke an dem einen Tage mit wirrem Antlitz den ganzen Symptomen-Complex des Grössenwahns zeigte und fast in Unreinlichkeit und Stumpfheit versunken war, so dass er gefüttert werden musste, der Speichel dem Munde entlief und die hastige Sprache fast versagte, — folgenden Tags der Gedankengang klarer, die Sprache verständlicher war, der Patient sich selbst ankleidete, mit den übrigen Kranken theilnehmend verkehrte, an ihren Mahlzeiten ohne alle Störung Theil nahm, und selbst die paretischen Erscheinungen fast verschwanden, worauf dann wieder für den nächsten Tag die Scene sich in's Gegentheil veränderte. Sobald dieser Wechsel Dauer gewann, beeilte ich mich, mit Vorsicht zur Anwendung des Chinin zu schreiten und dem Hausarzte des Kranken von der Veränderung Nachricht zu geben, um durch ihn die Familie zu bestimmen, sie möge einstweilen von der bereits nahe bevorstehenden Abholung des Kranken abstehen. Der letzteren Missstimmung über die Wirkung meiner Prognose hatte jedoch zu sehr überhand genommen, so dass sie diesen Rath verwarf und ihren Beschluss ausführte. — Von jetzt an kann ich den weiteren Verlauf nur nach den Berichten des heimischen Collegen wiedergeben. Bei sich gleich bleibendem täglichen Wechsel der Krankheitserscheinungen wurde das Chinin, jedoch in den damals bereits empfohlenen höheren Gaben, fortgereicht; dabei entwickelte sich nach etwa 8 Tagen ein continuirendes Fieber mit allen Symptomen des Typhus, welches unter den gefahrdrohendsten Zufällen innerhalb Monatsfrist verlief und glücklich überstanden wurde. Der Kranke brauchte lange Zeit, sich zu erholen; sodann, da um diese Zeit die Wiederbesetzung seiner dienst-

*) „Irrenfreund" 1 und 2, 1877.



lichen Stellung noch nicht erfolgt war, trat er in dieselbe geistig und körperlich genesen wieder ein und verwaltete sie in ungetrübter Gesundheit sieben fernere Jahre, bei deren Schluss eine heterogene Krankheit ihn hingerafft hat.

7. Medicinalrath Schüle berichtet über nachstehende Erkrankung*):

Ph. W., 44 Jahre alt, Secretär, ohne erbliche Anlage, wird wegen rasch überhandnehmender Aufregung mit Verschwendungssucht und tobsüchtiger Gereiztheit im Juni 1867 in Illenau aufgenommen. Dem ausserordentlich arbeitsamen, von anerkennenswerthem Weiterstreben beseelten Manne soll stets eine frische Gesundheit zur Verfügung gestanden und letztere erst in letzter Zeit erschüttert worden sein, als heftige Gemüthsbewegungen durch Kränkungen und geglaubte Zurücksetzungen ihre aufreibende Wirkung mit forcirten Nachtarbeiten combinirten. Heftiges Kopfweh mit Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit war vorausgegangen. Die maniakalischen Symptome waren genau die des echten Paralytikers: unmotivirte, wandelbare, sich widersprechende Grössen-Ideen (Patient schwelgte in erträumten Millionen, schrieb Anleihen aus, traf Anstalten zu ungeheuerlichen Reisen); daneben vollendeten die selbst der Umgebung auffallenden Störungen in der Sprache, das „langsame schwerfällige Sprechen" bei dem sonst so lebhaften Manne das charakteristische Krankheitsbild. Die ersten Wochen seines Hierseins bis gegen den October lieferten ein so vollständiges, harmonisches, empirisch wahres Krankheitsganze, wie man es je für eine echte, schwere Paralyse beansprucht hatte. Die motorischen Störungen werden bei der Aufnahme von der Krankheitsgeschichte wörtlich so geschildert: „Patient strauchelt bei vielen Worten, stammelt, verschluckt einzelne Silben; in der Ruhe fibrilläres Zucken der Lippen; die Bewegungen der Hände unsicher, zappelnd, oft schleudernd und über das Ziel schiessend; Gesichtsausdruck eigenthümlich schlaff, maskenähnlich, die Innervation des Gesichtes ungleich, rechts geringer; in der Erregung beim Sprechen treten verstärkte Contractionen der Gesichtsmuskeln in Scene; dabei bebende, zuckende Bewegungen einzelner Gesichtspartien, besonders um den Mund." Pupillen stecknadelkopfgross, wenig reagirend. Ueber den Gang ist nichts Besonderes bemerkt. Psychisches Bild: rascher Stimmungswechsel, in Gegensätzen umspringend, krankhaft potenzirtes Selbstgefühl; extravagante Pläne auf Grundlage eines Grössenwahnes: — Patient construirt Luftschiffe, mit welchen er in acht Tagen um die Welt fliegt; er trägt Berge ab und cultivirt ganze Thalsohlen, errichtet Häuser aus Drahtnetz und Eisenbahnen aus Zinkblech, reist nach Sibirien und holt sich Löwen, Affen und Tiger, mit welchen er im Flug alle Festungen des Continents stürmt, zieht dann nach Rom, schlägt dort hunderttausend Clericale todt etc. . . . — unendliches Wohlgefühl, keine Spur von Krankheitseinsicht; Tag und Nacht unruhig, beständig in Thätigkeit und Arbeitsdrang. Soweit wird kein Zug im geläufigen Paralyseschulbild vermisst werden. Eigenthümlich für den Krankheitsverlauf ist jetzt nur, dass der Kranke schon im Gange der folgenden Wochen eine vollständige Remission der psychischen Symptome — aber nur der psychischen — erfährt, welche ihm richtige Krankheitseinsicht und eine fast vollständig genaue Erinnerung an den durchlebten maniakalischen Anfall gewährt, so dass er in einem längeren Exposé, das noch vorhanden ist, seine nächtlichen Visionen, seine Besuche auf den Eisbergen und Mammuthsfeldern, die grinsenden Thierköpfe, womit sein Zimmer austapezirt war, zu schildern vermag. Zugleich

*) „Allg. Zeitschrift f. Psych." 32 Bd., 6. Heft.



spricht er jetzt von seinem Kopfleiden, das ihn hieher geführt, von dessen Ursache und Entstehung in den gemüthlich aufreibenden Berufsverhältnissen seiner Vaterstadt; er benimmt sich bereits wie ein wirklicher Reconvalescent — nur bleiben die mimischen und sprachlichen motorischen Störungen ganz unverändert. Die Schriftzüge sind dagegen fest, klar, sauber. Nicht unerwähnt darf ich lassen, dass mit der raschen Wendung zur Remission ein *Icterus levis* und eine Phlegmone des Fusses — letztere mit sehr reichlicher Eiterung — Hand in Hand ging. Ohne nachweisbare Veranlassung begannen Anfangs November die mannigfaltigsten Sensationen und Parästhesien sich einzustellen, die den Kranken in eine immer tiefere hypochondrische Depression versetzten. Er klagte „Krabbeln" von den Beinen herauf bis in den Leib, wo er ein förmliches „Rollen" verspüre, dann käme ein so abscheulicher Gestank in den Mund, dass er sich oft nicht mehr zu helfen wisse. Das Traurigste aber sei, dass er denselben hässlichen Geruch auch um sich zu verbreiten glaube, weswegen er auch so ängstlich von den Anderen sich fern halte. Der Kranke führte die Ursache davon auf die überstandene Gelbsucht zurück, wovon ihm noch Galle im Blute zurückgeblieben sei. Daneben war das Bewusstsein leidlich frei; der Kranke konnte, wie einige Wochen zuvor, über die Entstehung und Entwicklung seiner Krankheit sprechen und eingehende Auskunft geben; namentlich erzählte er jetzt, wie ihm schon einige Monate vor seiner Hieherkunft sein Gehirn „geschwirrt" habe und sein peinlichstes Leiden damals in der Unfähigkeit und Trägheit zur Arbeit bestanden habe, so dass er zu Dingen, die ihn früher einige Minuten beschäftigt, ein bis zwei Stunden gebraucht habe. Gastrische Zeichen waren nicht vorhanden; von dem früheren *Icterus* war nichts mehr zu bemerken. In der Folge steigerten sich die hypochondrisch-melancholischen Gefühle zu unerträglicher Höhe. Namentlich der hässliche Gestank, den er überall witterte, brachte ihn oft fast zur Verzweiflung. Auch davon behauptete er vor seiner Hieherverbringung schon geplagt gewesen zu sein, so dass er auf Spaziergängen, wobei er aus denselben Gründen die Nähe der Menschen floh, oft um sich schaute, ob nicht ekelhafte Orte und Ausdünstungen in der Nähe wären. Namentlich spielten auch die „prickelnden" Sensationen, die er auf ein Gift zurückleitete, das ihm durch den ganzen Körper bis in die feinsten Aederchen ströme, im Verlauf eine Hauptrolle in den Klagen. Dabei war die Kopfhaut der Ort der Auswahl, oft aber kröche das Gift auch über das Gesicht und den Rücken bis in das Sitzfleisch und in die Fingerspitzen herab; bald oberflächlich wie feinste Flohstiche, bald tiefer liegend. Dies Alles war aber, wie es schien, nur Vorbote von noch Ernsterem. Anfangs Januar kamen delirirende und Betäubungszustände, jedoch ohne Fieber und Kopfcongestionen; der Kranke faselte den ganzen Tag allerhand abrupte Worte, ganz träumerisch, musste zum Essen angehalten werden, war oft sehr widerstrebend, wurde Nachts schlaflos, auf die einfachsten Fragen fand er oft die Worte nicht; die motorischen Störungen, namentlich in der Sprache, waren so intensiv wie je. Seine Bedürfnisse liess er ohne jedes Gefühl für Anstand gerade unter sich gehen, oft mitten im Saale.

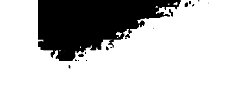
Dieser Zustand dauerte bis Anfangs März, wo plötzlich ein Anfall von Bewusstlosigkeit mit nachfolgenden Convulsionen und Schaum vor Mund und Nase auftrat. Der Puls war dabei klein, unregelmässig verlangsamt. In's Bett gebracht, erholte er sich zwar rasch von der Attaque, gerieth aber jetzt nach und nach in einen Zustand vollständigen Stupors.



Ganz betäubt tappte er herum oder rannte in den Corridoren hin und her ohne Würdigung eines Hindernisses; angehalten, leistete er blinden Widerstand. Sein Aussehen zerfiel in erschreckender Weise, eine rapide Abmagerung und erdfahle Gesichtsfarbe brach sich durch, das Auge wurde gläsern, und die Beschäftigung des Kranken war, dass er in den Spucktrögen herumzuwühlen suchte oder seinen massenhaft producirten Speichel tagelang zerrieb. Auf die Frage, was er da mache? antwortete er: „sein Speichel sei ganz voll Diamanten; er mache neue, wenn er denselben zerreibe."

Dabei faselte er von Lotteriegewinnsten, von Millionen, die er verdiene, im nächsten Augenblick konnte er zittern und um sein Leben bitten, er komme vor das Schwurgericht und werde heute noch erschossen werden. Grundton der Stimmung blieb aber fortan die hypochondrische Depression, unter welcher — auf Gefühl des Elektrisirtwerdens gestützt — Züge von Verfolgungswahn einherliefen. Viele Scenen von zornmuthiger Gereiztheit bezogen sich auf die nächtlichen elektrischen Stösse, die er, durch sein Bett hinauf und ihn in die Höhe werfend, von unter ihm wohnenden Verfolgern applicirt wähnte. Er mied fortan die Gesellschaft der Anderen, kauerte in den Ecken herum, warf dem Arzte vor, dass man ihm Schlangenzähne eingesetzt; sein Rückenmark mit hässlichem Schleim angefüllt habe; er wollte nicht mehr in den Garten gehen, weil alle Pflanzen giftig auf ihn einwirkten. Dabei dauerte die vermehrte Speichelsecretion fort, das Essen wurde immer schwieriger, die Körperernährung nahm in einer Weise ab, dass der Kranke im Bette gehalten werden musste. Da stellte sich gegen Mitte April 1868 Fieber mit putridem Auswurf und hinten links gedämpfter Percussion ein.

Die Symptome von Lungenverdichtung zugleich mit den braun gefärbten charakteristisch aashaft stinkenden Sputis und dem collabirenden Körperzustand liessen keinen Zweifel aufkommen, dass es sich um Lungengangrän handle. Nochmals — diesmal von rein somatischer Seite aus — glaubten wir die Prognose als höchst ungünstig stellen zu müssen; und wiederum wurden wir von der Heilkraft der Natur eines Anderen belehrt. Der Kranke genas von dem schweren Brustleiden allerdings erst im Laufe von Wochen, während die Ernährung langsam in die Höhe ging. Aber der Verfolgungswahn dauerte fort; misstrauisch hielt sich der Kranke von gewissen anderen Pfleglingen ferne, die er mit seinen Gefühlen und dem fortdauernden Ptyalismus in Zusammenhang brachte. Von Anfang August an konnten Gänge im Freien mit dem Kranken versucht werden, die sehr günstig auf die Körperernährung wirkten. Zugleich brach sich ganz allmälig und unvermerkt eine successive psychische Besserung Bahn. Der Kranke begann wieder mehr auf seine häuslichen Angelegenheiten das Augenmerk zu richten; er berichtete mehrfach dem Arzt, dass er sich im Kopfe freier fühle. Ueber seine krankhaften Empfindungen klagte er weniger, und wir forschten nicht nach, um die schlafende Löwin nicht zu wecken, zumal der Kranke bei allem Freierwerden des Bewusstseins noch eine nicht unbedeutende geistige Reizbarkeit an den Tag legte, die den Verkehr mit ihm zu einer sehr delicaten Aufgabe machte. Dabei erweiterte sich aber doch der psychische Horizont, der frühere Reichthum der Vorstellungen kam nach und nach wieder, und es war jetzt interessant zu beobachten, wie die Vorstellungen in ihren immer vollständigeren Associations-Complexen sich einstellten, aber so gebieterisch, dass der Kranke nicht beliebig Halt sagen oder die Antwort



dem Frageumfang anpassen konnte, sondern die einmal geweckte Vorstellungskette in ihrer ganzen Ausdehnung ablaufen lassen musste.

Lange blieb — bei übrigens inhaltlich intactem Vorstellungsleben — die grosse gemüthliche Reizbarkeit. Die motorischen Störungen waren merkwürdigerweise in gleichem Schritte, aber ganz allmälig zurückgetreten. Der Kranke frequentirte während des Herbstes die Feldarbeiten, von denen er eines Morgens unbemerkter Weise entwich. Er hatte sich mit einer grossen Sichel bewaffnet und einem während des Entspringens ihm nachsetzenden Pfleglinge zugerufen, dass er Denjenigen, der ihn einholen und ergreifen werde, zu tödten entschlossen sei. So gross war noch die krankhafte Zornmüthigkeit des sonst natürlich dankbar gesinnten Mannes! Auf diese Weise entkam er nach Hause, November 1868 — nicht ohne gegründete Besorgniss unsererseits über die da weiter kommenden Dinge.

Und siehe! Zum letztenmal sollten wir uns zum Vortheil des Kranken getäuscht sehen! Zwar kostete es — wie wir in Erfahrung brachten — noch auf Monate hinaus die hingebendste Geduld und nachsichtigste Pflege von Seite der Familie, um allen Wünschen des Kranken nach Bedürfniss gerecht zu werden, seiner stürmischen Reizbarkeit ebenso die erforderliche Ruhe als seinem oft noch planlosen Streben den richtigen Tact entgegenzusetzen. Aber *experientia summus magister!* Es ging! Nach Jahresfrist bekamen wir die ersten „sehr gut" lautenden Nachrichten, die seitdem anhaltend und ohne Unterbrechung Stand hielten. Im Frühjahr 1870 hatten wir selbst Gelegenheit, Herrn W. gelegentlich eines Besuches hier persönlich zu sehen, er schien — eine gewisse Hast im Benehmen abgerechnet — ganz natürlich. Fünf Jahre sind seitdem verflossen und unsere fortlaufenden genauesten Erkundigungen haben nur stets dasselbe ganz befriedigende Resultat ergeben. Herr W. hat auch volle Krankheitseinsicht, spricht mit dankbarer Erinnerung an den hiesigen Aufenthalt und ist uns seither in dieser freundlichen Gesinnung erhalten geblieben. Er lebt als geachteter Bürger in ausgebreiteter Berufsthätigkeit.

8. Herr Professor Regierungsrath Meynert war so freundlich, mir nachfolgende Krankheitsgeschichte auszugsweise mitzutheilen und zur Verfügung zu stellen:

Ein 34 Jahre alter Beamte war im Juni 1873 auf seine Klinik gekommen. Derselbe hatte 1865 angeblich einen Typhus durchgemacht, war stets reizbar und empfindlich. Seit 2 Jahren klagte er über Eingenommenheit des Kopfes und Gedächtnissschwäche, er verliere beim Rückwärtsbeugen des Kopfes das Bewusstsein. Er bekam Heisshunger, angeblich ohne Gefühl für Temperatur und Geschmack der Speisen. Seit 2 Monaten ausser Dienst, da er über einen nicht bedeutenden Geldverlust seines Vaters unverhältnissmässig sich kränkte und ganz verwirrt wurde; er sah in der Nacht viele Lichter. Beim Sprechen und Schreiben deutliche motorische Störung; Zuckungen im Gesicht und im rechten Arm. Auf der Klinik zog er sich nackt aus, denn „auch die Kinder gehen nackt", weinerliche Stimmung wechselte mit Grössenwahn; in einem Athem weint er, da sein Kind um 4000 fl. verkauft wurde, und sofort lässt er sich durch wenige Worte heiter stimmen. Mitte Juni meinte er, er und seine Eltern seien zum Tode verurtheilt, Ende Juni ist er der Kaiser, werde mit Gold aufgewogen werden. Anfangs Juli zeigten sich die Paresen stark ausgesprochen. Im August hatte er Kopf-Erysipel aus Trauma. Im October war gänzliche Verwirrung und voller Mangel an Orientirung. Ende November bis



Januar beruhigte sich der Kranke, so dass er in der Kanzlei verwendet wird, wurde aber theils durch Hallucinationen, theils durch jedes Wort aufgeregt, sah sich in seiner Beamtenwürde verletzt; er sei nie krank gewesen, nur zur Begleitung eines andern Kranken hergekommen; bei längerem Gespräche geräth er in unzusammenhängenden Redefluss, kommt leicht in Streit und Rauferei, drohte mit schlimmen Folgen seiner Zurückhaltung in der Anstalt, da seine Heirat ihn mit den höchsten Hofkreisen bekannt gemacht habe. Doch unterschied er sich in ruhiger Stimmung durch seine Leistungsfähigkeit unvergleichlich von seinem Zustande im Sommer, wo er kaum im Stande war, seine Monatsquittung zu unterfertigen. Wesentlich gebessert, doch noch immer zweifellos krank, ging er am 28. Januar 1874 mit Revers aus der Anstalt. Er ging später in sein Amt, und nach einiger Zeit befürwortete dieses selbst seine Gesundheitserklärung. Gute Nachrichten über seinen Gesundheitszustand reichen bis in das Jahr 1876. Bis nun ist auch von einer Wieder-Erkrankung nichts bekannt.

9. Ich selbst habe im Jahre 1875 folgenden Fall veröffentlicht*):

Ein 33 Jahre alter, lediger, sehr kräftiger Beamte, der bis zum Winter 1870—1871 immer gesund war, war im Jahre 1871 an tobsüchtiger Aufregung erkrankt. Er stammte aus einer ursprünglich sehr vermöglichen Familie, die durch Unglücksfälle verarmt war, von einer Mutter, welche in hohem Grade nervös und in ihren Entschlüssen sehr wechselnd ist. Er hatte bei der Feld-Gensdarmerie mit Auszeichnung gedient, war später in einem schwierigen und sehr lästigen Dienste als Rechenbeamter, in dem er sehr belobt war; soll immer mässig gelebt haben, hatte aber, so viel bekannt, ein Verhältniss mit einer Frau, das ihn sehr aufregte. Eine ulceröse specifische Erkrankung war vor einigen Jahren ohne jede weitere Folge vorübergegangen. In seinem Amte war er übermässig angestrengt.

Im April 1871 wurde er ohne längere Vorläufer das erste Mal krank, und zwar tobsüchtig mit starken Selbstüberschätzungs-Ideen, Grössenwahn, was sich jedoch bald beruhigte, so dass man ihn aus einer hiesigen Privat-Irrenanstalt, in welche man ihn gebracht hatte, herausnahm und auf's Land sandte. Dort benahm er sich ein paar Wochen ruhig, doch bald trat wieder die Erregung, manchmal wechselnd mit jedoch bald vorübergehender tiefer Niedergeschlagenheit, immer stärker hervor, so dass er Mitte Juni in die öffentliche Irrenanstalt gebracht wurde, allwo er sich abermals beruhigte und nach wenigen Wochen wieder gegen Revers herausgenommen wurde.

Doch schon im August kam er in Conflict mit der Behörde, da er im Parke von Schönbrunn ganz ungescheut öffentlich onanirte, worauf man ihn wieder in eine Privatanstalt, von da aber im August desselben Jahres abermals in die öffentliche Anstalt brachte.

Hier war er bei der Aufnahme etwas erregt, sprach viel, ruhmredig, voll verschiedener Lebenspläne, leicht zornig, kam leicht in Conflicte mit seiner Umgebung. Leichte Congestivzustände zum Gehirn, Pupillen mässig erweitert, auf Lichtreiz reagirend, gleich, keine Facialisparese, Puls kräftig, härtlich, 90; Temperatur der Haut etwas erhöht. Keine Spur einer syphilitischen Infection bei eingehendster Untersuchung ausser der Narbe. Keine Tremores — keine Zeichen von Alkoholismus.

Bis Ende November (Anfangs November übernahm ich den Kranken in Behandlung) war er noch ziemlich aufgeregt, dann beruhigte er sich, sprach

*) „Psychiatr. Centralbl." 1875, 1 u. 2.

klar, wurde aber allmälig deprimirter, einsilbiger; es trat Mitte November ein Magenkatarrh mit Appetitmangel auf, wobei er ängstlich, hypochondrisch verstimmt, allgemach etwas ikterisch gefärbt wurde.

Die Kopfcongestionen schwanden. Die Leber war etwas vergrössert, etwas schmerzlich; Milz gleichfalls etwas angeschwollen; Harn sparsam, dunkel, Fäces sparsam, von normaler Färbung. Der kräftige Mann magerte rasch ab.

Wegen seiner Verstimmung und der Angst, in der Anstalt sterben zu müssen, nahm ihn seine Mutter abermals heraus auf's Land, wo er aber schon am zweiten Tage so ängstlich wurde, dass er bat, man möge ihn an den Stuhl festbinden, damit er Niemanden beschädige, denn er werde gewiss wieder tobsüchtig werden; er selbst verlangte in die Anstalt zurück, wo er sehr niedergeschlagen und ängstlich ankam. Die Leberhyperämie nahm etwas zu, später trat Fieber jeden zweiten Tag mit kolikartigen Bauchschmerzen auf; der Ikterus bestand in mässigem Grade fort.

Am 21. December bemerkte man zuerst eine Pupillendifferenz, die rechte war weiter und träger; die Körpertemperatur war etwas herabgesetzt, die Lebergegend fort sehr empfindlich, die Dämpfung dort ein paar Mal gross; Niedergeschlagenheit, zeitweilig sehr weinerlich, meist ohne bestimmte Wahn-Ideen, nur zweimal im Fieberanfalle trat die Idee, er sei ein Verbrecher, er müsse sterben, auf; einmal kam es zum Anfange eines Selbstmordversuches (Erwürgen).

Im Januar beruhigte er sich etwas, Wahn-Ideen traten nicht hervor, nur Furcht zeigte sich öfters stärker, dass er nicht mehr gesund werde, sterben müsse. Die Leberanschwellung minderte sich bei Fortbestand leichter ikterischer Färbung derart, dass die Dämpfung unter das Normale sank; später trat sogar etwas Serum im Unterleibe und Oedem der Füsse auf. Kein Eiweiss im Urin. Die Fieberanfälle hatten im Februar aufgehört.

Psychisch blieb der Kranke ziemlich gleich: ohne Wahnvorstellung und ohne Abschwächung, Depression auf hypochondrischer Grundlage, Minderung des Selbstvertrauens, Menschenscheu; körperlich waren Ende März die schwereren Erscheinungen allmälig geschwunden, der Kranke fing an, sich etwas zu erholen. Das Krankheitsbewusstsein in psychischer Hinsicht zeigte sich manchmal in etwas geweckterer Stimmung bezüglich des früheren Aufregungs-Stadiums.

Im April 1872 nahm ihn seine Mutter auf das Land. Bis Januar 1873 hatte sich trotz vollständiger Besserung des körperlichen Leidens und erlangter physischer Kraftfülle sein psychisches Befinden nur mässig gebessert. Er wollte nicht unter die Leute gehen; wenn Jemand zum Besuch kam, verschwand er; brachte man ihn aber zu einem Gespräche, so wurde er nach und nach lebendig, heiter, unterhaltend; bald darnach versank er wieder in seine Depression, in der eine Selbstherabsetzung immerfort zu Tage trat. Im Januar 1873 veranlasste man ihn halb mit Gewalt, sein früheres Amt zu besuchen; „er könne ja nicht arbeiten, er sei unfähig, ein Stümper, habe seinen Verstand verloren, er werde Alles verderben, er könne nicht über die Strasse gehen" u. s. w. Er musste in einem Zimmer allein, fern von den Parteien gehalten werden, arbeitete aber sehr gut, zur vollsten Zufriedenheit seiner Vorgesetzten, und zwar sehr fleissig und ziemlich schnell. Bei Eintritt eines Fremden zitterte er jedoch und beruhigte sich erst nach einiger Zeit. Es kam in verschiedenen Zeitperioden stärkerer Widerstand gegenüber dem Amtsbesuche zum Vorscheine, der endlich im April nicht mehr über-



wunden werden konnte. Es trat grosse Aengstlichkeit hervor, er jammerte: „er habe keine Kleider mehr zum Anziehen, es könnte ihm ein Unglück passiren, er werde verwirrt, wenn man ihn anspricht u. s. f.", und er begab sich wieder in die Anstalt, die er dem Amte vorzog.

Während die Pupillen-Differenz abwechselnd stärker und geringer war, hatte sich mittlerweile in den letzten Wochen auch eine linksseitige Facialparese herausgestellt, die ganz deutlich wahrnehmbar war. Puls 70, kräftig.

Die Depression, der Mangel an Initiative und Selbstvertrauen dauerten bis Anfang Juni; der Kranke konnte nur mit Mühe in der Kanzlei beschäftigt werden.

Im Mai wurde die Stimmung heiterer, gegen Ende zeigten sich ganz leichte Hirncongestionen, etwas Pulsbeschleunigung; der Kranke wurde gesprächiger, trotzdem er einen starken Fieberanfall bekam, dem noch ein paar andere im Tertiärtypus folgten. Er fühle sich auf einmal gesund, sein Kopf sei wieder frei, er könne denken und arbeiten; er sei den Aerzten ausserordentlich dankbar, die so ein Wunder an ihm gewirkt haben; er war früher ein dummer Kerl u. s. w. Die Erregung stieg immer mehr, er ward durch seine Geschwätzigkeit allen übrigen Kranken lästig; er weinte und lachte auf die geringsten Veranlassungen hin. Nach dem Wechselfieber war Oedem der Füsse und gleich darauf überstarke Secretion eines lichten Harnes aufgetreten, in dem kein Eiweiss und keine auffällige abnorme Beschaffenheit gefunden wurde, nur die Menge Wasser war gegenüber den festen Bestandtheilen gross. Ende Juni war das Oedem geschwunden, aber die Aufregung steigerte sich fort, so dass er lärmte und schrie, und der Isolirabtheilung übergeben werden musste; dabei wurde neben Verwirrung erschwertes Sprechen bemerkt. Es entwickelte sich Grössenwahn excessivster Art mit rasch wechselnder Stimmung; die Articulation war beim Sprechen, namentlich bei l, r, g bedeutend gehemmt; der Gang wurde trotz noch vorhandener bedeutender Kraft häufig steif und breit. Die Unruhe war sehr gross, die Facialparese bedeutend, das Kraftgefühl excessiv, ein Krankheitsbewusstsein fehlte ganz, die Pupillendifferenz stark, dabei die rechte Pupille ziemlich contrahirt, die linke träge, stark erweitert; stets leichte Congestionen zum Kopfe. Puls 90 bis 100, ziemlich stark und hart. Er fing an, mit Koth zu schmieren; im Juni war die Sprache zeitweilig fast unverständlich; er schrieb viel, meist voll zusammenhangloser Grössen-Ideen, voll abenteuerlicher Pläne und Projecte, mit Millionen rechnend. Die Erregungen waren so gross, dass er manchmal am ganzen Körper zitterte. Urin-Secretion normal, ohne Eiweiss, der Harn fortwährend verdünnt, Oedem der Füsse wieder stärker. Die Hauttemperatur etwas erhöht, Abends regelmässig stärker; Abmagerung, zeitweise gewaltthätige Wuthausbrüche.

Im Juli erschienen alle Lähmungs-Erscheinungen im raschen Fortschreiten. Damals musste ich abermals ein Gutachten über seinen Zustand abgeben, das jetzt den Wiedereintritt der Dienstfähigkeit als unwahrscheinlich bezeichnete. Im September begann er sich wieder körperlich zu erholen, das Oedem war geschwunden, doch blieb die Erregung noch fortwährend sehr stark; die ehemals schöne klare und bestimmte Schrift war zitternd, zerfasert, unregelmässig geworden. Die Aufregungen waren so heftig, dass er zu Boden sank.

Im Herbste nach fortdauernder starker Ernährung trat allmälig eine Besserung der Lähmungs-Erscheinungen auf, die mit sich mindernder Erregung

parallel ging; er wurde kräftiger, war zwar noch sehr erregbar, namentlich gegenüber dem Krankenpfleger-Personale, allein gegen Aerzte und Patienten benahm er sich grösstentheils artig und anständig. Er schrieb noch viel, aber deutlicher und besser. Pläne und Projecte verschiedener Art, sowie Grössenwahn in Beziehung auf Besitz, Stellung und Einfluss beherrschten ihn zwar noch, aber erstere begannen sich immer mehr auf bestimmte Gebiete, theils das Anstaltsleben, theils seine früheren Berufsrichtungen zu concentriren. Er dichtete, schrieb Lieder ab, wobei die in der heftigeren Erregung stark hervorgetretene Lascivität noch manchmal durchschimmerte. Die körperliche Kräftigung nahm so auffällig zu, dass er im Januar 1874 ganz gut Schlittschuh lief.

Die Besserung dauerte nach allen Richtungen stetig an, er wurde nach und nach conciser und benahm sich ruhig und anständig, das Bewusstsein, dass er krank war, kehrte zurück, nur liess sich in seinem Benehmen und Reden eine sehr mässige geistige Abschwächung erkennen.

Seine mittlerweile verfügte Pensionirung nahm er als selbstverständlich ruhig hin, ebenso ruhig die ihm durch seine Angehörigen vermittelte Mittheilung, dass er vom Gerichte nach wiederholten gerichtlichen Untersuchungen als blödsinnig erklärt worden sei.

Im Mai wurde er zu seinen Angehörigen auf's Land beurlaubt, nachdem seit Januar die Besserung angedauert hatte.

Die Facialparese so wie die Pupillendifferenz waren beim Abschiede noch deutlich, aber in weit geringerem Grade als früher vorhanden. Ebenso waren seit geraumer Zeit keine Congestiv-Erscheinungen und keine abnorme Körpertemperatur wahrnehmbar.

Daheim erholte er sich vollständig, benahm sich ruhig, klar, vernünftig, und als er im November sich wieder einmal vorstellte, zeigten sich die Facialparese und Pupillendifferenz verschwunden. Er wurde im December bei der gerichtlichen Untersuchung seines Geisteszustandes für genesen erklärt.

Derselbe hat später die körperlich und zum Theile geistig schwierigen Geschäfte eines Agenten für Holzankauf durch ein paar Jahre versehen; er diurnirte hierauf, hatte dann längere Zeit grosse Sorge wegen Erlangung eines Dienstes, und jetzt 1879 ist er als Aushilfsbeamter bei demselben Amte, von dem er pensionirt worden. Er blieb immer gesund und geistig regsam.

Dr. Stölzner in Hubertusburg, der sich gleichfalls mit der Frage der Prognose der allgemeinen progressiven Paralyse befasst, erzählt*) zwei Fälle von Heilung, deren einer der alkoholischen Form angehört zu haben scheint, deren zweiten ich aber hier wiederzugeben mir erlaube.

10. Charlotte G., Bergmanns-Ehefrau aus Linda, dermalen 52 Jahre alt, von Jugend auf etwas beschränkten Geistes, erkrankte psychisch nach einem Leben voll Sorge und Noth, besonders auch durch anhaltende eheliche Differenzen verursacht, im September 1871; ihre anfangs als Manie mit periodischen Unterbrechungen durch melancholische Stadien auftretende Krankheit musste sehr bald in ein secundäres Stadium übergegangen sein, da bei der am 22. Mai 1872 erfolgten Aufnahme in hiesige Anstalt fast alle Symptome paralytischen Blödsinnes vorhanden waren; grosse geistige Schwäche mit montirter Stimmung und theils lasciven, theils überschwenglichen Wahn-Ideen,

*) „Irrenfreund" 1877, N. 8.



lähmungsartige Schwäche der Extremitäten, Rückgang der Ernährung und grosse Unreinlichkeit.

Die grosse, starkknochige Frau war ganz kraftlos und besonders auf den Füssen so gelähmt, dass sie nur langsam und unsicher gehen konnte; sie blieb stumpf und theilnahmslos auf dem ihr angewiesenen Platze sitzen und verrieth, ausser bei vorübergehenden Paroxysmen grösserer Erregtheit, wo ein lebhafterer Gedankenfluss sich zeigte, für gewöhnlich höchstens durch ein blödes Lächeln, wenn das Essen aufgetragen wurde, dass dies wenigstens eine Reaction bei ihr noch bewirken konnte; sonst erschien ihr geistiges Leben vollständig erloschen; Tag und Nacht liess sie Alles unter sich gehen, selbst Koprophagie scheute sie nicht. So, geistig verblödet, körperlich gelähmt, unreinlich, allerseits der Hilfe und Unterstützung bedürftig, dabei aber, soweit ihr schwer darniederliegendes Selbstbewusstsein es gestattete, voll subjectiven Wohlbefindens, lebte die Kranke das ganze erste Jahr ihres hiesigen Aufenthaltes dahin, so dass ein zu diesem Termin erstattetes Gutachten über sie sagt: „Bei der Aufnahme musste man sofort erkennen, dass, da bei der geistig stumpfen und blöden Person sich nach kurzer Zeit unter Hinzutritt körperlicher Lähmung das charakteristische Bild des paralytischen Blödsinnes entwickelt hatte, unter Absehen von jedem Curversuche, die Aufgabe der Anstalt nur in der Ueberwachung und Pflege dieser hilflosen, in ihrer geistigen Armuth und Selbstgenügsamkeit aber glücklichen Kranken bis zu ihrer voraussichtlich nicht mehr fernen Auflösung bestehen konnte. Uebrigens hat sich, wie zu erwarten, in dem seit Aufnahme der G. verflossenen Jahre ihre Krankheit nur insofern verändert, als sie noch schwächer und hilfloser geworden ist."

Und jetzt? — nach weiteren drei Jahren, den 12. April 1876, ward die G. soweit genesen, dass sie ihre Wirthschaft wieder selbstständig führen konnte, von hier entlassen, nachdem sie sich in ganz allmäliger allseitiger Besserung der Symptome von ihrer schweren Krankheit erholt hatte, reinlich, besinnlich, körperlich kräftig geworden, und zum Bewusstsein der überstandenen Krankheit gekommen war, nachdem alle Lähmungserscheinungen sich verloren, und die Kranke mindestens ein Jahr lang als ebenso verständige wie brauchbare Gehilfin der Wärterin sich erwiesen hatte.

Je mehr man gerade in diesem Falle wegen der Schwere der überstandenen Krankheit und wegen der grossen Ungunst der häuslichen Verhältnisse, in welche die Genesene zurückgetreten war, einen Rückfall fürchten musste, um so freudiger wirkte die auf deshalb ergangene Anfrage ertheilte amtliche, aber nicht sachverständige Auskunft vom 27. März 1877, also fast ein volles Jahr nach der Entlassung, sie lautet: „Die G. ist soweit gesund und zu leichter Arbeit fähig; die Krankheit hat sich nicht wieder gezeigt." —

Ueberblicken wir diese Fälle, so erscheinen sie uns als warnendes Mahnzeichen, in der Prognose in ärztlicher, gerichtlicher und administrativer Hinsicht bei dieser Krankheit vorsichtig zu sein. So wichtig es für die Angehörigen eines Kranken oft in materieller Hinsicht ist, zu wissen, ob sie auf den Kranken später noch rechnen können in seinem Erwerbe oder Geschäfte, so sehr können wir durch unsern Ausspruch die ganze Zukunft desselben gefährden. So habe ich im Falle 9 nach langem Zögern erst bei den stark hervortretenden Erscheinungen und Lähmungen und des scheinbaren psychischen Verfalles den Ausspruch gethan: die Wiederherstellung sei unwahrscheinlich; der Mann wurde pensionirt; zum Glücke fand er genesen andere Stellung, so dass er seine Eltern noch weiter, obwohl manchmal unter schweren Sorgen,



erhalten konnte; jetzt (1879) hat er bei derselben Behörde, von der er in den Ruhestand versetzt wurde, Aussicht, wieder reactivirt zu werden. Im Falle Flemming ist nur durch zufällige Verzögerung in der Neubesetzung des Dienstpostens, den der Kranke bekleidet hatte, eine erhebliche Schädigung der Zukunft des Kranken durch das fachärztliche Gutachten gutgemacht worden.

Auch in gerichtsärztlicher Hinsicht ist Vorsicht nöthig, namentlich wenn, wie es in Oesterreich bei dem Curatelsverfahren oftmals praktisch geübt wird, ohne dass es gesetzlich gefordert ist, statt dem einfachen Ausspruche, ob dispositionsfähig oder nicht, zugleich ein Ausspruch über Wahrscheinlichkeit und Möglichkeit der Wiederherstellung geschieht. Solche Aussprüche bedingen oft üble bürgerliche Folgen, die unterblieben wären, wenn der Ausspruch nicht in negativer Weise gefällt worden wäre. Bei progressiver Paralyse liebt man aber die ungünstigste Prognose mit voller Sicherheit zu stellen.

Unter den geschilderten thatsächlichen Verhältnissen drängt sich nun für den Arzt die Frage auf, ob vom klinischen Standpunkte keine Symptome oder Symptom-Gruppen erkannt werden, deren Vorhandensein oder Fehlen auf die Art des Ausganges einen Wahrscheinlichkeits-Schluss erlaubt.

Wollen wir eine Reihe der wichtigsten Erscheinungen einer Durchsicht unterziehen:

a) Die paralytischen Anfälle. Bekanntlich erscheinen früher oder später apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle, bald häufiger, bald seltener, oftmals durch ihre Intensität und Häufigkeit die nächste Ursache des Todes. Wir müssen dabei von jenen eigentlichen apoplektischen Anfällen absehen, welche manchmal durch halbseitige intermeningeale Blutungen herbeigeführt werden. Als Ursache der Krampf-Anfälle oft mit mehr minder hervortretenden meist bald schwindenden halbseitigen Lähmungs-Zuständen wird Verschiedenes vermuthet: Gefässkrampf, Oedeme oder Schwellungen in dem Gehirnmark, Urämie. Andererseits kommen oft ganz schnell vorübergehende Bewusstlosigkeits-Anfälle mit ganz unbedeutenden Convulsionen, leichten Zuckungen vor, die jedoch nicht selten sehr starke, erst allmälig abnehmende Störung der Sprache, einseitige Lähmung der Gesichts-Innervation u. s. w. im Gefolge haben; Meynert glaubt die Bewusstlosigkeits-Anfälle bei Paralytikern öfters durch periphere Reize hervorgerufen, welche bei dem Mangel an cerebraler Hemmung, wie er derartigen Kranken zukommt, auf reflectorischem Wege zu diesen Anfällen Veranlassung geben. Hinsichtlich der Urämie als Veranlassung paralytischer Anfälle konnte ich bei meinen bis nun gepflogenen Harnuntersuchungen bei Paralytikern, die solchen Anfällen stärker unterworfen waren, keinen Nachweis dieser Affection finden, womit ich dieses causale Moment nicht negiren will. Ich war nun längere Zeit nach den mir bekannten Fällen der Meinung, dass Fälle der allgemeinen progressiven Paralyse, bei denen paralytische Anfälle erschienen sind, keine Hoffnung auf ausgiebige und nachhaltige Besserung, auf Genesung geben. Ich sah keine länger dauernde und ausgiebige Besserung, keinen Stillstand längerer Zeit in scheinbarer Restitution der Gesundheit, wo deutliche paralytische Anfälle aufgetreten waren. Selbst die in der ersten Zeit der Erkrankung auftretenden Ohnmachtsanfälle, die nicht selten erscheinen, wenn der Befallene von seiner Umgebung noch gar nicht krank erkannt ist, beobachtete ich als ein prognostisch minder günstiges Symptom, obwohl Ursache und Wesen derselben entschieden andere sind, als bei den eigent-

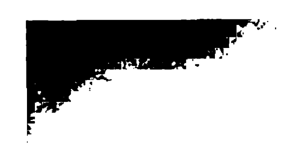


lichen paralytischen Anfällen. Fall 7 von Schüle zeigt, dass auch nach Auftreten schwerer paralytischer Anfälle Genesung folgen kann.

b) Temperaturs-Differenzen zwischen Morgen und Abend. Es ist seit Längerem bekannt, dass bei allgemein progressiver Paralyse ziemlich früh stetige Differenz der Körpertemperatur um 1—4, ja 6 Zehntelgrade Celsius vorkommt, und zwar nach sorgfältigem Ausschluss anderer auf Erhöhung oder Verminderung Einfluss nehmende Momente; diese Differenzen zeigen sich meist sehr beständig und mindern sich bei eintretenden Beruhigungs-Intervallen. Zahlreiche Messungen haben mir die Richtigkeit dieser Beobachtung klargestellt, so dass ich bei zweifelhafter Diagnose auch auf dieses Moment Rücksicht nehme, da die Differenz in der Regelmässigkeit wie hier, bei den anderen Psychosen nur ausnahmsweise beobachtet wird, und sich dann immer bestimmtere Ursache derselben finden lässt. Ich hoffe in nicht ferner Zeit diese Temperatur-Beobachtungen abschliessen und in ihren Detail-Resultaten den Collegen vorlegen zu können. Ich konnte aber weder in der Höhe-Differenz, noch in den Schwankungen der Differenz-Grösse bisher einen sicheren Anhaltspunkt finden zur prognostischen Verwerthung. Da bei lichten Intervallen die Differenz sinkt, ja vorübergehend verschwinden kann, so ist auch durch ihr Sinken, ja Verschwinden, kein sicherer Schluss in prognostischer Richtung möglich, ob da Stillstand oder Genesung vorhanden sei. Meine Beobachtungen bei Fällen mit günstigem Verlaufe sind zu lückenhaft, zu gering an Zahl und theilweise nicht vollständig verlässlich, so dass ich die anscheinend daraus hervorgehende Thatsache noch nicht genugsam constatirt erkennen kann, dass bei ausgiebiger und anhaltender Besserung schon bald nach deren Eintritt die anomale Differenz eine stetig minimale bleibt oder dauernd schwindet. Dieses Symptom gibt uns daher heute noch keinen Anhaltspunkt.

c) Die Vorläufer der Erkrankung sind, wie Sander auch jüngst wieder eingehend nachwies, häufig chronischer Kopfschmerz, namentlich in regelmässigen und unregelmässigen Anfällen, hauptsächlich Hemicranie, Neuralgien, besonders des trigeminus, Schlaflosigkeit, Kau- und Schmeck-Bewegungen u. s. f. Die Intensität derselben scheint kein günstiges Zeichen zu sein; im Falle 3 war lange Jahre voraus heftige Hemicranie mit neuralgischem Gesichtsschmerze vorausgegangen, die bei Ausbruch des Hirnleidens schwand und in dem scheinbaren Genesungszustande nur in geringfügigem Grade sich wieder zeigte, bei der Verschlimmerung abermals verschwand. Diese Hemicranie war aber kein eigentlicher Vorläufer der Erkrankung, es war ein selbstständiges seit Jugend bestehendes Nervenleiden, das nur die grössere Disposition des Gehirnes zum Erkranken, seine grössere Empfindlichkeit gegenüber den einwirkenden Reizen anzeigte; auffällig und prognostisch nicht ganz werthlos ist vielleicht, dass im Zustande scheinbarer Restitution *in integrum* die frühere Hemicranie nur ganz unbedeutend, die Neuralgie gar nicht wiederkehrte. Im Falle 8 finden wir als eigentlichen Vorläufer, als erste Krankheits-Erscheinung Eingenommenheit des Kopfes, welche 2 Jahre währte, Empfindung des Bewusstsein-Verlustes beim Rückwärtsbeugen des Kopfes. Trotz dieser langen Einleitung der Erkrankung genas der Kranke allmälig vollständig. Im Falle 7 ging heftiges Kopfweh mit Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit voraus, das ist eben auch das Initialstadium der Krankheit, dessen Dauer nicht angegeben ist. Der Kranke genas. Die übrigen Fälle bieten entweder keine derartigen Prodrome oder





ist diesbezüglich gar nichts erwähnt. Wir finden auch bei dieser Krankheits-Erscheinung keinen verlässlichen prognostischen Anhaltspunkt für unseren Zweck.

d) Der Symptomen-Complex im Ausbruche der Krankheit. Wenn wir diese Krankheit näher beobachten, so finden wir, dass sie mehr minder lang für den mit ihr weniger Vertrauter latent bleibt, ja selbst für den Kundigeren sehr fraglich ist; dann tritt anscheinend plötzlich die Krankheit in aller Heftigkeit in Erscheinung. In anderen Fällen tritt sie fast plötzlich auf, ohne lange Vorbereitung, fast sage ich, da auch hier eine freilich relativ kurze Zeit Zustände der Verstimmung wechselnd mit gesteigerter Reizbarkeit, oft bei anscheinend gesteigerter psychischer Leistungsfähigkeit Gedächtnisslücken, Zerstreutheit, überspanntes Kraftgefühl neben rasch vorübergehender Ermattung dem aufmerksamen Beobachter wahrnehmbar sind. Der Ausbruch kann vulkanartig kommen, aber nicht immer sind die psychischen und somatischen Lähmungserscheinungen gleich im Anfang überaus heftig in den Fällen maniakalischen Ausbruches, und bei der Form der mit Depression beginnenden Krankheitsgruppe treten wohl in der Art des Deliriums schwachsinnige Beurtheilung rasch in den Vordergrund, aber auch hier treten die somatischen Lähmungserscheinungen meist allmälig auf, langsamer oft, als bei den Erregungszuständen, und die psychisehe Schwäche hüllt sich oft in das Gewand psychischer Hemmung, verlangsamter Association und Combination der Vorstellungen. Der Leitungswiderstand scheint ein grösserer. Es würde nun theoretisch annehmbar erscheinen, dass ein heftiger Anstieg der Lähmungserscheinungen im Ausbruche ungünstige, ein langsamer eine minder ungünstige Prognose gestatte. Ebenso könnte die Intensität der tobsüchtigen Aufregung beim Ausbruche als ungünstigere, die mässige Aufregung als günstigere Erscheinung gelten. Durchblättern wir die im Anfange aufgeführten Erkrankungsfälle:

Im Falle 4 sehen wir nach melancholischer Verstimmung bei fortdauernder amtlicher Dienstfähigkeit in rascher, gäher Steigerung tobsüchtige Aufregung mit Lähmungserscheinungen im Sprechen, Gehen, linkem Facialis u. s. w. und charakteristischen Erscheinungen psychischer Schwäche auftreten. Der Kranke erreichte nur ein paar Monate dauernde, scheinbare Genesung nach allmäligem mehrere Monate währenden Absinken der Krankheit, und gerieth hierauf rasch in die schwerste Steigerung der paralytischen Erkrankung. Im Falle 6 des Geheimraths Flemming gerieth der Kranke fast plötzlich in hohe Exaltation; die Paralysen in Sprache, Gang, Pupillen traten rasch hervor. Er wurde trotzdem gesund. — Im Falle 8 scheint ebenfalls der Ausbruch ziemlich rasch gewesen zu sein, und gleich im Anfange zeigten sich Störungen der Sprache und der Gesichts-Innervation; dieser Kranke genas. — Einer meiner Kranken (Fall 9) war plötzlich tobsüchtig geworden, hatte aber erst nach 8 Monaten die ersten paretischen Erscheinungen geboten. Er genas. — Im Falle 1 des Medicinal-R. Schüle war das Vorläuferstadium zwei Jahre lang, beim Ausbruche fehlten motorische Krankheits-Symptome. Nach einer mehr als $^{3}/_{4}$jährigen vollständigen Remission ausgesprochene Paralyse mit Blödsinn, woran er nach kaum einjährigem Verlaufe starb. Genug der Citate; aus diesem kurzen Ueberblicke zeigt sich klar, dass die theoretische Voraussetzung praktisch sich nicht bewährt. Auch die Höhe der geistigen Abschwächung ist kein ganz verlässlicher Massstab für Unheilbarkeit. Ich weise nur auf den 10. Fall der hier citirten Krankengeschichten hin. Freilich ist dieser Fall sicher eine grosse Seltenheit; wir müssen im Allge-



meinen jedoch annehmen, dass hochgradige geistige Abschwächung, nicht Stupor, ein ziemlich verlässliches Zeichen für die Unmöglichkeit vollständiger Restituirung ist.

Wir müssen noch einen Blick auf die charakteristische Differenz im Ausbruchsstadium zwischen den zwei der classischen Paralyse angehörenden Unterformen werfen. Bekanntlich fängt die eine Gruppe der Fälle mit hypochondrischer Verstimmung an und behält diese Färbung lange Zeit allein, in der Regel wenigstens vorwiegend, trotz der intermittirenden Erregungen, als rothen Faden des Krankheitsbildes bis zum tieferen Verfalle, z. B. Fall 4; die andere Gruppe beginnt mit Grössenwahn in maniakalischer Form und behält die heitere Stimmung, das Vollgefühl von Kraft u. s. w., trotz des häufigen Stimmungswechsels, als Grundton meist bis zu Ende oder mindestens bis zu den stärkeren Lähmungszuständen. Ersteren schreiben manche Collegen milderen und langsameren Verlauf zu. Ich habe mich davon nicht überzeugen können. Ich habe auf Dauer der Erkrankung und auf lange Remission oder Genesung aus der Art der Form keinen bestimmten Schluss aus meinen Beobachtungen ziehen können; ich fand bei der Grössenwahn-, richtiger der Exaltations-Gruppe, eher längere und ausgiebigere Remissionen als bei der hypochondrischen Form.

Wenig günstig erscheint es, wenn mit Bestimmtheit gleich bei Beginn der Krankheit hochgradige Abschwächung erkannt werden kann. Aber aus dem Gegentheile ist noch kein Urtheil auf günstigeren Verlauf zu fällen.

e) Die In- und Extensität der Lähmungserscheinungen. Aus den vorliegenden Krankheitsgeschichten geht wohl deutlich hervor, dass trotz bedeutender Intensität und Verbreitung der Lähmung noch Genesung möglich ist (Fall 7 und 10). Auf Eines können wir jedoch sicher rechnen. Wenn sich Aufhellung in geistiger Beziehung einstellt, ja wenn Krankheitsbewusstsein hervortritt und die übrigen Erkrankungserscheinungen rücktreten, wenn aber eine in der Krankheit überkommene Sprachstörung, wenn auch kaum merklich, rückbleibt und wäre es nur auffällige Verlangsamung im Sprechen mit vorübergehendem Stottern, ist kein Verlass auf die Besserung, sondern Rückfall in nicht zu langer Zeit zu erwarten. Bei Facialparese und Pupillendifferenz ist dies nicht derart der Fall.

f) Die Ernährung. Wie bei allen Kranken, und in noch vorwiegenderem Masse bei den Psychosen, so hat in hervorragendster Weise die Ernährung einen grossen Einfluss auf Dauer und Verlauf des paralytischen Irrsinns. Bei der sogenannten classischen Form ist sie das wichtigste Medicament neben Ruhe und Schonung des Kranken; wenn es auch meist nicht heilt, so bessert es, macht den Verlauf milder, verlängert das Leben, was oft für die Familie des Kranken nicht blos in Gemüthshinsicht, sondern in materiellen Beziehungen von grösster Wichtigkeit ist, so tragisch auch das Schicksal des allmäligen körperlichen und geistigen Verfalles vom überschäumenden Leben bis zur tiefsten blödsinnigen Apathie und bis zum Mangel fast jeder geistigen und körperlichen Thätigkeit dem Beobachter erscheint. Bei der progressiven Paralyse ist das Nahrungsbedürfniss oft ein fabelhaft grosses; trotz Einführung grosser Mengen von Nahrungsmitteln bleibt dabei, selbst bei nur mässiger Unruhe, die Ernährung ganz ausser Verhältniss. Die Kranken nehmen gar nicht oder ganz wenig zu, ja gehen sogar zurück, was mit dem herabgesetzten Nerven-Einflusse, auch des Sympathicus, im Zusammenhange steht; dabei ist in den Verdauungsobjecten nicht herabgesetzte Verdauung zu bemerken; es muss also der geringe Effect der Nahrung grossentheils wenigstens in Veränderung des Stoff-



wechsels in den Geweben liegen; der Gewebeverfall ist entweder ein grösserer, als selbst bedeutende Einnahme decken kann, oder die Energie des Austausches ist herabgesetzt; es ist mehr da, als verwerthet wird; wahrscheinlieh sind beide Momente vorhanden; darüber müssten aber erst eingehende chemische Untersuchungen Klärung verschaffen. Beim Paralytiker ist nach meinen Erfahrungen von vorneherein eine sorgsame Ernährung sehr wichtig, eine Ernährung, die nicht auf den momentanen, wenn auch anscheinend noch so guten Stand derselben, sondern auf den drohenden Rückgang derselben einerseits und auf die Erkenntniss andererseits Rücksicht nimmt, dass wir es, selbst bei anscheinend activem Reizzustande, immer, wohl mit nur seltener Ausnahme, mit einem Erschöpfungszustande wichtiger Gehirnbestandtheile zu thun haben, der von vorneherein lebhafteren Stoffaustausch behufs Kräftigung und möglichster Gewebe-Restitution erfordert. Stark erschöpfte Kranke, oder Kranke, bei denen rasch eine starke Ernährungsstörung eintritt, habe ich, wenn zugleich die Lähmungserscheinungen und die geistige Abschwächung jäh vorwärts gingen, nicht ausgiebig oder längere Zeit gebessert gesehen. Wenn die Ernährung allmälig aber stetig steigt und damit die übrigen Symptome der Erkrankung parallel schwächer hervortreten, so ist dies hier, wie bei anderen Psychosen, eine günstige Erscheinung, hier freilich nur berechtigend zur Hoffnung, dass längere Besserung und möglicherweise ein Stillstand eintrete; für Heilung bietet das noch keinen sicheren Anhaltspunkt. Mässige Ernährung bei erheblicher Geistesschwäche, bei Fortdauer der Lähmungserscheinungen, ist auch hier entmuthigend.

g) Remissionen und Intermissionen. Erstere treten mit Besserung aller Erscheinungen entweder allmälig oder oft plötzlich ein, wie ich schon früher andeutete. Letztere bringen in mehr minder periodischer Art diese Besserung wechselnd mit Verschlimmerung zur Anschauung. Geheimrath Flemming meint*), je länger, je allseitiger und intensiver die *intervalla lucida* sind, desto bessere Aussicht für den Verlauf sei vorhanden. Er sagt: „Es ist unzweifelhaft, dass die Remissionen, je unverkennbarer sie sind, je mehr sie über alle Bereiche des Nervensystems, das sensorische und motorische (von denen das letztere an dem Nachlasse am wenigsten Theil zu haben scheint), Herrschaft gewinnen, je längere Zeit sie sich behaupten und je mehr sie sich der Intermission nähern, umsomehr an Bedeutung für eine günstige Prognose gewinnen. Sie müssen die Voraussetzung nahe legen, dass die *dementia paralytica* im Allgemeinen ursprünglich von einem Krampfzustande des sensorischen und myomotorischen, wahrscheinlich auch des vasomotorischen Nervensystems ausgeht, welcher je nach Umständen eine längere oder kürzere Zeit beharren kann, bevor er die Integrität der Nervenorganisation in solchem Grade verletzt, dass wirkliche Lähmung eintritt, die sich alsdann ebenso leicht auf das sensorische wie auf das motorische Nervensystem erstrecken kann." Flemming unterscheidet zwischen spastischer Parese und wirklicher Lähmung und legt der oben ausgesprochenen Ansicht auch meinen hier unter 3 mitgetheilten Fall zu Grunde, der damals geheilt schien. Der Verlauf hat das Reservat gegenüber dem Ausspruche „genesen" gerechtfertigt, den Ausspruch Lügen gestraft. Man könnte meinen diesbezüglichen Fall zwar eine Recidive nennen; das wäre aber unrichtig, denn die Verschlimmerung war eine Weiterentwicklung der Krankheit, deren vorgeschrittene pathologische Zustände zur Erscheinung

*) „Irrenfreund" 1 und 2, 1877.



kamen, nicht die frische Entwicklung einer Neuerkrankung. Es zeigt sich dabei in meinem Falle, dass eine relativ bald eintretende, sehr ausgiebige und umfassende Remission doch nicht für Wiedereintritt der Gesundheit Kennzeichen war, sondern dass die Remission nichts weiter als ein vorübergehender Stillstand in der allmälig fortschreitenden Entwicklung der Krankheit war. Gar nicht so selten treten ähnliche kürzere Remissionen, selbst nach schwereren Krankheitserscheinungen im Gewande von Klarheit, Krankheitsbewusstsein und einer psychischen Leistungsfähigkeit ein, die nicht viel von der einstigen normalen verschieden ist; aber eben nur auf mehr minder kurze Zeit. Sie zwingen zur Annahme, dass keine tiefer gehende Veränderung der Hirnzellen vorhanden sei, wie ich schon Eingangs bemerkte. Stölzner's Fall widerspricht gleichfalls den prognostischen Anhaltspunkten Flemming's. Der sehr rasche oder gar plötzliche Eintritt von Remissionen ist meiner Beobachtung nach nie ein vortheilhaftes Zeichen für die Dauer des intervallum lucidum gewesen; in der Regel folgte bald Verschlimmerung. Geheimrath Flemming findet Intermissionen, also periodische Besserungszustände nach seiner Beobachtung günstiger. Ich kann dem verehrten Altmeister nach meiner Beobachtung leider nicht beistimmen, und will nachstehenden Fall aus meiner Anstaltspraxis *) hier noch als Beleg anfügen:

11. Der Kranke W., 42 Jahre alt, verheiratet, Regenschirmmacher, war das erstemal krank, besass keine hereditäre Anlage, hatte seit drei Jahren öfters heftigen Kopfschmerz und seit längerer Zeit viel Sorgen mit seinem Geschäfte, das schlecht ging. Ende März 1856 wurde ihm die Wohnung gekündigt, was ihn sehr betrübte. Anfangs Juni war er sehr deprimirt, am Montag, 5. Juni, bemerkte er ein eigenthümliches Gefühl im Kopfe und Erregung, war streitsüchtig, hatte überall Anstände, ward verwirrt. Er war schlaflos, Donnerstag darauf war er wieder sehr erregt, ging auf's Polizeicommissariat, sich über Nachbarn zu beschweren, in die Hofburg, wo er den Kaiser sprechen wollte, kam so wieder auf die Polizei, von wo ihn seine Frau heimnahm. Er bekam kalte Umschläge, doch wurde er in ein paar Tagen wieder erregter, ging herum, machte Scandal, glaubte, ein Hofwagen werde ihn abholen, bis er endlich behördlich festgenommen und am 13. auf die Beobachtungsabtheilung des allgemeinen Krankenhauses gebracht wurde. Dort war er sehr unruhig und wurde am 15. in die Irrenanstalt gebracht, wo er auf meiner Abtheilung aufgenommen wurde. Da zeigte er sich ganz heiser, hatte enge Pupillen, war leicht zum Kopf congestionirt, sprach rasch, aber ziemlich klar; die am Beobachtungszimmer bemerkte rechtsseitige Facialisparese verschwunden. Am nächsten Tage war er sehr erregt, Gedankenflucht, Grössenwahn, rascher Stimmungswechsel, Bewegungsdrang, verwirrt, stark congestionirt, Pupillen etwas weiter, links verengt gegen rechts; Milzgegend schmerzhaft ohne nachweisbarer Vergrösserung der Milz. Leicht ikterische Färbung des Gesichtes. Er erzählt seine Lebensgeschichte, vielfach durchbrochen mit Grössen-Ideen, abschweifend, Wahres und Krankhaftes durcheinander. Nun wechselte der Zustand zwischen Ruhe, Niedergeschlagenheit, aber Klarsein und Aufregung, Verwirrtsein, Grössenwahn in maniakalischer Art, immer mit Hirncongestionen, in circa 36stündigem Typus, manchesmal in etwas kürzerer Frist. So ging es bis 4. Juli fort. Da trat eine Veränderung insofern ein, als nach kurzem Klarsein und Ruhe tiefe Apathie, Hinfälligkeit

*) „Psych. Centralblatt" 1 v 1877.



eintrat, in der er Nahrung verweigerte, keine Reaction auf Anfassen und Ansprechen zeigte, aber doch zu percipiren schien; nach beiläufig 24stündiger Dauer trat dann wieder die Aufregung ein, die von Angstgefühlen begleitet war, untermengt mit Grössenwahn; man blase ihm Gold- und Kohlenstaub ins Zimmer, damit er ersticke, es überkomme ihn Todesangst, wie in einem Schlamme, in dem verschiedene Thiere seien, die auf ihn eindringen; nebenbei erotische Vorstellungen; deutliche Gesichtshallucinationen; er verstopft alle Ritzen, zerstört Verschiedenes, ist nackt, weigert Essen, wird thätlich; Abends war er von Angst und Erregung ganz erschöpft. Hierauf Ruhe für kurze Zeit und ziemliche Klarheit, dann wieder Apathie u. s. w.; die Aufregungsperiode wurde länger, die Periode der Ruhe kürzer. Um diese Zeit trat die Facialisparese immer deutlicher hervor. Ein paar Mal nach den apathischen Zuständen, sowie im Ablaufe der Aufregung starker Schweiss. Temperaturdifferenzen mit Abendsteigerung um 2—4 Zehntelgrade Celsius wurden öfters, aber nicht constant beobachtet. Im August wurden nach und nach die Aufregungszustände schwächer, das Bewusstsein in der ruhigen Zwischenzeit trat klarer hervor, Krankheitsbewusstsein schärfer als früher; doch zeigte sich dauernd etwas deprimirtere Stimmung. Die Periode der Ruhe wird länger. Anfangs September abermals erregter, verwirrter, wieder in intermittirendem Auftreten, doch ging dies bald vorüber und im October zeigte er sich stets ruhig, ordnungsliebend, etwas verstimmt und geistig abgeschwächt, nur vorübergehend Grössen-Ideen. Im November machte er einen acuten Gelenksrheumatismus durch und wurde, nachdem er von selbem fast gänzlich hergestellt war, Ende desselben Monats geheilt entlassen. Facialisparese war allgemach verschwunden, die Differenz der Pupillen gleichfalls, doch beide immer mehr eng. Aus der Anamnese füge ich hinzu, dass der Kranke früh geschlechtlich excedirte, zeitweilig mehr trank; in seiner Kindheit schon machte er Anstalten zu einem Vergiftungsversuche, da man ihn nicht beim Theater liess, den er dann nicht ausführte, und war erwachsen nur als Soldat an Folgen einer Magenüberladung drei Wochen krank, hatte aber nie Wechselfieber.

Im Beginne des Zustandes glaubte ich nach kurzer Zeit es mit einer Malariaform zu thun zu haben, obwohl keine Milzschwellung vorhanden war und diese Form in der Regel plötzliche Angstzustände und melancholische Färbung, meist mit verschiedenen Hemmungserscheinungen zeigt, hier aber anfangs stets ein rein maniakalisches Bild war und auch die späteren Angstzustände mit excessivem Grössenwahn durchsetzt waren. Ich versuchte zuerst Bromchinin $^1/_2$ Gramm pro dosi zweimal, dann dreimal täglich, neben Kreuzbrunnen; doch zeigte sich keine Wirkung, obwohl es vom 24. Juni bis 7. Juli fortgesetzt wurde. Hierauf wurden starke Gaben von *Chininum sulf.* gegeben, ebenfalls ohne sichtbaren Erfolg. Als die Facialparese stärker hervortrat, die Grössen-Ideen sehr schwachsinnig wurden, der Zerstörungstrieb nebst Unreinlichkeit stark in's Auge fiel, die erotischen Erregungen sich schärfer ausprägten, schritt ich zu Bromkali. Einmal, doch ganz vorübergehend, schien Sprachstörung vorhanden zu sein. Trotz des ziemlich regelmässigen Typus zwischen Aufregung und Ruhe, später Apathie, konnte ich die ursprüngliche Annahme einer intermittirenden Manie nicht festhalten und erwartete die Weiterentwicklung einer progressiven Paralyse, wofür ja eine Reihe psychischer und somatischer Symptome sprach.

Unter fortgesetztem Gebrauche von Bromkali, 3—5 Gramm, zweimal täglich, von Ende Juli an bis 31. October, besserte sich aber der Zustand und selbst



die rückgebliebene geistige Schwäche verschwand bis auf einen minimalen Rest. Ich konnte keine Begründung des auffälligen intermittirenden Verlaufes der maniakalischen Erregungen geben, ja, ich wagte nicht, endgiltig auszusprechen, ob die Herstellung eine volle Genesung einer Manie oder nur ein temporärer Stillstand einer später wieder hervorbrechenden Paralyse sei. Das konnte erst die Zukunft lehren. Richtig war nur, dass Patient mit Ausnahme von Gelenksrheumatismus, der hinzugetreten war, sich wohl fühlte, ruhig, sparsam, klar über seine krankhaften Zustände war, an deren Einzelnheiten er sich grösstentheils erinnerte.

Dies mein damaliger Bericht im Vereine für Psychiatrie.

Der Kranke war am 20. November geheilt entlassen worden. Er hatte mit seinem Rheumatismus bis Februar zu thun, so dass er bishin zeitweilig das Bett hütete und nicht arbeitete. Dann arbeitete er von Februar an in seinem Geschäfte, lebte mit der Frau gut, hatte aber oft Kopfschmerz und schlief schlechter. Am 1. September 1877 wurde er in Folge eines häuslichen Verdrusses sehr erregt; doch beruhigte er sich wieder bis gegen Ende September, wo Grössenwahn eintrat: er regiere die ganze Welt, er wolle zum Kaiser. Am nächsten Tag war er wieder ruhig, doch zwei Tage später trank er viel Wein und kam in grosse Aufregung, so dass er am 11. October 1877 in das allgemeine Krankenhaus (Beobachtungs-Abtheilung, zugleich psychiatrische Klinik) und von da am 15. in die Landes-Irrenanstalt auf meine Abtheilung kam. Hier zeigten sich excessive Grössen-Ideen mit starker Ideenflucht: er sei der höchste Regent, regiere die Sonne, ernennt die umgebenden Patienten zu Geheimräthen, seine Kraft sei ungeheuer; dabei starker Stimmungswechsel, Kopfhaar stark ergrauend, enge, träge reagirende Pupillen, Facialparese; im Krankenhause war schwächere Innervation der rechten Nasolabialfalte und Sprachstörung bemerkt worden. Es zeigte sich wieder Wechsel zwischen Erregung und Depression, in der er über seine Verhältnisse klarer ist, doch nicht mit der Regelmässigkeit wie früher. Im Juni wurde er gerichtlich blödsinnig erklärt. Mitte December wurde er merklich ruhiger, zeigte Krankheitsbewusstsein, dabei aber noch immer gesteigerte Selbstschätzung; im Februar 1878 war das Krankheitsbewusstsein vollkommen seit Wochen, er erinnerte sich an Alles, erklärte, er habe an Grössenwahnsinn gelitten, arbeitete fleissig und zeigte nur mässigen Schwachsinn, dabei Stirnfalten rechts weniger ausgeprägt, rechtsseitige Facialparesis, Pupillen gleich, aber sehr eng. Im Interesse seines Geschäftes wurde er am 10. Februar 1878 bei normalem Benehmen entlassen; er arbeitete fleissig und ordentlich daheim, nur war er leicht erregbar und immer ein wenig verstimmt; er wurde nach einiger Zeit, nach kurzer Arbeitsdauer müde, machte Fehler im Zuschneiden, beschuldigte einen Lehrling, dass er ihm falsche Zeichen gemacht, so dass er noch mehr Stoff verschnitt; zeitweilig lag er zu Bette, er glaubte, sein Blut müsse faulen. Im Mai bekam er Verfolgungswahn, versteckte sich, er glaubte, man nenne ihn Räuber; allmälig wurde Verstimmung und Angst stärker, so dass er zeitweilig ganz verwirrt vor Furcht war, er sprach gar nicht, es schien, als könne er nicht sprechen; dies wechselte mit grösserer Lebhaftigkeit und besserer Klarheit ab. Im Juli sah ich ihn, wo er ganz stumm, voll tiefer Verstimmung, zu keinem Wort zu bringen sich zeigte, nur mit Mühe zum Heimkehren, zum Genusse einer Suppe zu bewegen war und erst nach langer Zeit ganz leise und langsam ein paar Worte lispelte. Dieser Verfolgungswahn mit hallucinatorischen Wahrnehmungen von Beschimpfungen wechselte endlich mit Grössen-



wahn: er sei ein grosser Geschäftsmann, er wollte ungeheure Einkäufe machen; er kam am 22. Juli 1878 dieser krankhaften Zustände willen in das allgemeine Krankenhaus und von da am 23. Juli wieder auf meine Abtheilung. Hier zeigten sich wechselnd die oben angegebenen Erscheinungen; in der Verstimmung war deutlich Hemmung vorhanden, in allen Bewegungen, im Denken; er konnte kaum zum Essen vermocht werden, wenn ihm die Speise gereicht wurde. Starke Enge der Pupillen mit sehr träger Reaction, starke, rechtsseitige Facialparese, die herausgestreckte Zunge zittert etwas, Tremores der Hände, manchmal leichte motorische Sprachstörung. Stimmungswechsel, in der Erregung Geschwätzigkeit, Heiterkeit und Grössenwahn; in der Verstimmung stuporös, hallucinirend, Verfolgungswahn. Oftmals tritt Krankheitsbewusstsein hervor, geistig stark abgeschwächt im Urtheil, nicht in der Erinnerung. Nun ging es mit dem Wechsel manchmal in täglichem Turnus, später in mehrtägigem, fort bis halben September 1878, nachdem nur kleine Besserungs-Intervalle waren; die Aufregung war übrigens nie so stark wie bei seinem ersten Hiersein. Am 6. September trat fast plötzlich ausgiebige Besserung ein mit voller Klarheit. Am 30. November versuchte ich, ihn wegen dringender Geschäftsarbeiten auf einige Tage nach Hause zu beurlauben, nachdem er schon wiederholt mit gutem Erfolge 1—2 Tage daheim gewesen. Am nächsten Tage kehrte er schon wieder zurück in tiefer Verstimmung, verwirrt, der heilige Geist sei ihm erschienen u. s. w.; am zweiten war er wieder ganz klar. Vom 20. December an verschlimmerte sich allmälig der Zustand, wechselnd in ziemlich deutlichen Perioden zwischen maniakalischer Ideenflucht und Grössenwahn bis zur tobsüchtigen Aufregung und tiefer depressiver Angst, stuporösem Zustande; die Lähmungserscheinungen schreiten allmälig vorwärts, namentlich in der Sprache werden sie sehr deutlich, die Pupillen sind bis auf ein Minimum zusammengezogen. Inmitten dieser Stimmungs- und Erregungs-Gegensätze fällt oftmals ein kurzer Zeitraum von Krankheitsbewusstsein mit Erinnerung an seine krankhaften Aeusserungen. So weilt er gegenwärtig auf meiner Abtheilung für aufgeregte Kranke; jetzt ist wohl kein Zweifel an der Diagnose, die ich schon bei dem ersten Anfalle als die richtige in Aussicht genommen.

Dieser Fall zeigt, dass langdauerndes oder wenigstens oftmals wiederkehrendes Krankheitsbewusstsein vorkommen kann und doch, wenn auch langsamer, mit grösseren ruhigen Intervallen, die Krankheit fortschreitet; er zeigt, dass hier, wo intermittirende Anfälle vorkommen, die Krankheit doch den gewöhnlichen Weg fortschreitet; denn den Nachlass, den Eintritt heller Intervalle, anscheinenden Gesundseins, wie er hier vorkam, finden wir auch bei anderen Fällen mit gewöhnlichen Erscheinungen. Der Fall gibt wieder einen Beleg für die Behauptung, dass überstürzt eintretende Besserung sehr wenig Aussicht auf Dauer bietet.

h) Pulsfrequenz. Es ist selbstverständlich, dass Fortdauer einer abnormen Beschleunigung der Herzthätigkeit, bei Zurückweichen der übrigen Krankheitserscheinungen, ebensowenig ein günstiges Zeichen für den weiteren Verlauf ist, als die Fortdauer einer nicht gar so selten vorkommenden normwidrigen Verlangsamung derselben. Aber aus dem Gegentheile ist kein Schluss auf längeren Bestand der Besserung möglich.

i) Die subjective Empfindung der psychischen Functionsstörung des Gehirns wäre in ihren leisesten Wahrnehmungen ein nicht leicht täuschendes Symptom für den krankhaften Zustand des Gehirnes,



wenn sie nicht bei vielen Kranken durch hypochondrische Selbsttäuschung getrübt würde. Wo diese aus dem ganzen individuellen Krankheitsbilde sowie aus dem Vorleben auszuschliessen ist, da darf man sie nicht unterschätzen. Wenn bei anscheinend sehr günstigem, Gesundheit vortäuschenden Befinden der Kranke ohne geistige Anstrengung häufig über psychische Ermüdung klagt, wenn er zeitweilig jammert: mir ist wirr im Kopfe, ich kann manchmal nicht denken, der Kopf ist mir schwer, es ist mir manchmal, als wenn das Gehirn starr wäre u. s. w., so ist dies trotz der günstigen, anscheinend widersprechenden objectiven Erscheinungen der psychischen Thätigkeit und der anderweitigen Besserung nicht zu übersehen. Sie sind Zeichen der nicht vollkommenen Erholung des Gehirns und daher auch zweifelerregend gegenüber günstiger Prognose. Das Fehlen solcher subjectiver Empfindungen gibt jedoch keine Sicherheit für volle Wiederherstellung.

k) Die Krankheitsdauer. Hier kann man wohl als selbstverständlich aussprechen, dass, je länger die Dauer, je weiter dabei der Process vorgeschritten ist, desto weniger ausgiebige Remission oder Genesung zu erwarten ist; jedoch ist sie dabei nicht unmöglich, was zur gesicherten ungünstigen Prognose nothwendig wäre. Ich erinnere an Fall 7, wo der Kranke 1867 nach Illenau kam und 1869 nach langdauernden schweren Erscheinungen genas. Mein Fall 3 hat trotz kurzer Dauer nur eine wohl längere und sehr ausgiebige, aber doch in stetige Weiterentwicklung der Krankheit übergehende Remission durchgemacht. Der von mir behandelte Kranke (Fall 9) ist erst nach langer Dauer genesen; die Lähmungs-Erscheinungen hatten übrigens in schwererem und allgemeinerem Grade nur kurze Zeit angedauert. Es ist daher auch hier kein fester Anhaltspunkt.

Wir haben noch auf ein prognostisches Moment Rücksicht zu nehmen, das nicht den Krankheits-Erscheinungen angehört, sondern die Krankheits-Ursachen betrifft.

Das ätiologische Moment hat für den paralytischen Irrsinn in prognostischer Hinsicht hervorragende Bedeutung. Die von mir bei der Besprechung ausgeschlossenen Formen aus Alkoholismus und Syphilis sind weitaus am günstigsten; auch sie führen häufig den schrecklichen körperlichen und geistigen Verfall herbei; aber ein gegenüber anderen Formen ganz beachtenswerther Bruchtheil genest, so dass, wenn von Heilung allgemeiner progressiver Paralyse gesprochen wird, meist sogleich auf Syphilis oder Alkoholismus gedacht wird, bei anderen sei Genesung unmöglich. Die dem Trauma entsprungenen gehen, soweit meine Erfahrungen reichen und aus anderen Mittheilungen hervorgeht, in der Regel zu Grunde.

Unter den ätiologischen Momenten der sogenannten classischen Paralyse stehen an Zahl obenan: Sorgen, geistige Ueberanstrengung, sexuelle Excesse. Einst musste jeder Paralytiker ein ausschweifender Mensch gewesen sein; heute denkt man darüber unbefangener. Geistige Ueberanstrengung, namentlich bei nicht genug ausgiebiger Ernährung, oder mit Sorgen und zu wenig Schlaf verknüpft, ist eine häufige Erkrankungs-Ursache. Ich konnte aber nicht wahrnehmen, dass irgend eine der Krankheits-Ursachen auf den Ausgang oder den Verlauf einen wesentlichen Einfluss nahm. Vielmehr kommt es, wie schon oben gesagt, auf den Ernährungs- und Kräftezustand zu Anfang der Erkrankung an.

Von nicht zu unterschätzendem Einfluss auf mindestens milderen oder ruhigeren Verlauf nach den ersten Stürmen ist das Vorgehen in dem Initial-Stadium. Wenn da das Richtige geschieht, wenn der Kranke



Ruhe, geduldige und verständige Pflege und entsprechende Ernährung findet, und nicht zur Ablenkung und Zerstreuung auf Reisen, Hochgebirgstouren u. dgl. oder Badecuren in frequentirten Badeorten und Wasserheilanstalten, zu oft sehr forcirten und angreifenden, meist stark erregenden Curversuchen gesendet wird, was leider gerade oft Aerzte anrathen, so ist wenigstens für Milderung des Verlaufes einige Aussicht. Da es bei dieser Krankheit hauptsächlich darauf ankommt, an Kraft zu sparen, Erregung zu vermeiden, Stoffverlust zu verhindern, so ist natürlich Alles für die Möglichkeit einer Wiederherstellung des erkrankten Organes vortheilhafter, was diesen massgebenden Grundsätzen gerecht wird, Alles solche in hohem Grade gefährdend, was ihnen widerspricht. Wir dürfen nicht vergessen, dass der degenerirende Process in den Hirnzellen desto rascher herbeigeführt werden muss, je mehr die Thätigkeit in dem durch die ätiologischen Einflüsse überreizten und geschwächten Gehirn durch die krankhafte Erregung (Hyperämie, Entzündung u. s. w.) in Spannung versetzt wird. Ruhe unter für die allgemeine Ernährung günstigen Verhältnissen, physische und psychische Ruhe sollte die Parole der Aerzte sein. Die Steigerung des Krankheitsprocesses durch nicht entsprechendes Vorgehen im Initial-Stadium dürfte öfters zum Theile wenigstens Mitschuld an dem raschen, ungünstigen oder stürmischen Verlaufe des Leidens haben. Ich will unter einer Reihe meiner Beobachtungen nur auf den Fall 3 verweisen und noch kurz eines Collegen (Fall 12) gedenken, den Sorgen und übermässige geistige Anstrengung mit sehr geringem Alkoholübergenusse dieser unglücklichen Krankheit in die Arme jagten und der durch heftige, seit Jugend sich steigernde Hemicranie für Gehirn-Erkrankung disponirt war. Einige Monate dauerten die Reizzustände mit mässigem Grössenwahn, was ihn in seiner Berufsausübung nicht störte. Er selbst hatte Ahnung über seinen Zustand, begann offenbar deshalb das Studium der Psychiatrie. Zuletzt wurde der Erregungszustand, zweifellos aus meningealer und Rinden-Hyperämie hervorgegangen, so bedeutend, dass er sich verwirrt benahm. Man brachte ihn in unsere Anstalt auf meine Abtheilung. Ich leitete nach obigen Grundsätzen bei dem noch sehr intelligenten, in Ruhe für Laien gesund erscheinenden Manne die Behandlung ein. Er wurde ganz beruhigt, obwohl die Facialparese links und die Pupillendifferenz nur vorübergehend schwand. Nach ein paar Monaten nahm ihn die Familie auf Urlaub, doch schon nach zwei Wochen war die Erregung so gesteigert, dass er rückgebracht wurde. Ein ganzes Jahr erhielt ich ihn dann ruhig, nur die leise Verlangsamung im Sprechen, das momentane Stocken im Gespräche, das Ermüden bei längerem Sprechen, leichte Andeutung von Grössenwahn, leichte Pulsbeschleunigung und fast beständig erhöhte Wärme im Kopfe zeigten dem Kundigen den Fortschritt des Leidens, obwohl er von Laien gesund gehalten wurde. Nach einem Jahre erst trat fast plötzlich heftige Verwirrung mit excessiven und unsinnigen Grössen-Ideen ein; der Zustand entwickelte sich weiter, die Lähmungen und die geistige Abschwächung traten immer mehr in den Vordergrund; die Aufregung wurde aber nie eine so starke, dass er auf die Abtheilung für Unruhige hätte gebracht werden müssen, er beruhigte sich bald, und so verlief mit tief gehender geistiger Abschwächung und allgemeiner Lähmung bei sehr starker Körperzunahme das Leiden ausserordentlich protrahirt, so dass er über fünf Jahre in der Anstalt war, vom 31. October 1872 bis 24. December 1877. Ich wage zu behaupten, dass bei diesem sanguinischen, sehr erregbaren, ohnehin im Gehirne leidenden Manne die Krankheit sicher stürmischer

und rascher verlaufen wäre, wenn er nicht im Initialstadium so geschont worden wäre.

Bei Erzählung dieses Falles will ich aber nicht derart verstanden sein, dass ich der Ansicht sei, solche Kranke müssen schon im Initialstadium in ein Asyl. Wenn man den oben gedachten Grundsätzen in anderer Art Geltung schaffen kann, so ist das natürlich noch besser, da die Aufnahme in eine Anstalt, die Freiheitseinengung, so wohlthätig sie nach der einen Seite ist, häufig erregend wirkt; können die Bedingungen in der Familie erfüllt werden, was freilich meist sehr schwer ist und grosse Einsicht und Geduld von Seite der Umgebung verlangt, dann desto besser; bei einem praktischen Arzte, der sich nicht vom Berufe rückhalten liess, war dies leider nicht möglich.

Schüle*) vermuthet in einem seiner geheilten Fälle (F. 7) chronischen Rheumatismus und verlangt wenigstens die Möglichkeit der Annahme einer rheumatischen Hirnaffection, welche nach Simon und Clouston eine günstige Prognose abgibt. Abgesehen, dass aber moralische Krankheitsursachen und geistige Ueberanstrengung vorausgingen, nach denen allein schon paralytischer Irrsin beobachtet wird, ist doch Rheumatismus als Ursache paralytischer Psychose bisher nirgends sicher constatirt; die durch ihn herbeigeführten Gehirnerkrankungen, deren einzelne zeitweilig in Beobachtung kommen, sind besonderer Art. In meiner Beobachtungsreihe finde ich blos einen Blödsinn mit Lähmung nach kurzen Aufregungszuständen, die nicht das Eigenthümliche von Grössenwahn-Ausbrüchen hatten, bei dem keine andere Erkrankungsursache bekannt ist; der Kranke litt an chronischem Rheumatismus, welcher mit seiner Gehirnerkrankung verschwand; derselbe leidet aber nicht an der eigentlichen allgemeinen progressiven Paralyse. Dass in Schüle's Fall bei einem sonst gesunden Manne Kränkungen und Enttäuschungen mit forcirten Nachtarbeiten eine so schwere Erkrankung hervorriefen, während oft bei schwächeren Individuen dies nicht der Fall ist, das ist freilich hier, wie in so vielen anderen Fällen nicht erklärlich. Die Bedeutung der Individualität im psychischen Leben hängt von uns noch wenig oder gar nicht klaren mechanischen, chemischen und dynamischen Verhältnissen der Hirn-Elemente ab, die das Resultat sind theils ursprünglicher Entwicklung, theils äusserer Einflüsse. So scharf wir aber auch vom psychologischen Standpunkte eine Individualität zu kennen meinen, so viel kann sie noch immer in sich verborgen haben. Der Irrsinn fördert Manches zu Tage, worüber Jedermann fragt: woher kommt das? und doch lag es lange im Menschen, verborgen nur für die Aussenwelt. Wer kann daher alle die disponirenden, alle die schwächenden und erregenden Momente kennen, die gerade neben den uns offen vorliegenden noch auf den Kranken eingewirkt hatten? Gemüthsdepression in Verbindung mit gesteigerter geistiger Thätigkeit und verringertem Schlaf (Nachtarbeit) kann solche Schwächung und Reizzustände im Gehirne hervorrufen, die paralytischen Irrsinn herbeiführen. Ich halte demnach die Annahme des Rheumatismus als ätiologisches Moment in diesem Falle als nicht genug gesichert, um daraus die Vermuthung leichterer Heilungsmöglichkeit nach ihm abzuleiten, was freilich mein geehrter College selbst nur als fraglich hinstellt.

Wenn wir das hier Besprochene überblicken, so finden wir nirgends einen sicheren Anhaltspunkt, von dem aus wir bei Eintritt einer ausgiebigeren Remission Genesung bestimmt zu diagnosticiren im Stande sind, wir erkennen

*) „Allg. Zeitschr. f. Psych.", 32. Bd., 6. Heft.



ebenso, dass die Prognose auf günstigeren oder ungünstigeren Verlauf auch kein bestimmter, sondern höchstens ein Wahrscheinlichkeits-Ausspruch sein kann, und zwar in seiner Verlässlichkeit desto fraglicher, je mehr für günstigen Verlauf sich ausgesprochen wird.

In der Regel verläuft die Krankheit ungünstig im Zeitraume von 1 bis 5 Jahren, sehr ausnahmsweise auch länger. Heilungen sind selten und in der hier besprochenen Form des paralytischen Irrsinns, der sogenannten classischen, nur in einer minimalen Anzahl bekannt, nur als sehr seltene Ausnahmen von der allgemeinen Regel.

Je kürzer die Lähmungserscheinungen dauern, je weniger intensiv sie sind, je ex- und intensiver die Remissionen sich gestalten, je weniger der Kranke allgemein erschöpft ist, desto eher liegt die Möglichkeit einer ausgiebigen Besserung oder Heilung vor, aber kein sicherer Anhaltpunkt dafür. Doch dürfen wir auch im Gegentheile die Prognose nicht absolut ungünstig hinstellen, insolange nicht durch geraume Zeit tiefe Geistesabschwächung mit schweren und ausgebreiteten Lähmungserscheinungen gleichmässig oder wachsend fortdauern, namentlich wenn sie trotz länger schon bestehender körperlicher Erholung und Kräftigung gar keine Besserung zeigen.

Wir dürfen bei der Möglichkeit eines Ausnahmsverlaufes keinen absolut ungünstigen Ausspruch fällen, da wir keine sicheren Zeichen selbst im Gesammtcomplexe der Krankheitserscheinungen für Unheilbarkeit haben, obgleich diese Regel ist, ausser wenn der Kranke schon geraume Zeit im Ausgangsstadium steht.

Hoffentlich gelingt es weiteren Beobachtungen und Forschungen, diese unter den Psychosen fast am meisten erkannte Krankheitsform auch in den hier berührten Richtungen genauer kennen zu lernen. Heute ist uns in diesen Beziehungen das Meiste noch Räthsel oder sehr fragliche Vermuthung.

Zur Frage der primären Verrücktheit.

Mittheilungen von

Dr. J. Fritsch,

Assistent an der Klinik des Herrn Regierungsrathes Prof. Meynert.

Ich habe 1877*) und 1878**) mehrere Krankheitsfälle veröffentlicht, welche im Hinblicke auf die seit geraumer Zeit durch W. Sander angeregte, neuerlich durch Westphal anscheinend erledigte Frage der primären Verrücktheit bei dem besonderen Interesse, das dieselbe, man kann sagen zu einer wissenschaftlichen Bewegung gemacht, als casuistische Beiträge dienen sollten.

Ich will nun diesen Fällen noch einige anreihen, zum besseren Verständniss aber das damals als Begründung der Besprechung dieses Gegenstandes Vorgebrachte wiederholen.

So scharf umschrieben das Krankheitsbild ist, das Westphal über die erwähnte Psychose entwirft, so bezeichnend für eine Gruppe derartiger

*) Nr. 10, 1877, „Psychiatrisches Centralblatt".
**) Nr. 11, 1878, ebenda.



Störungen Sander's Angaben erscheinen, unterliegt es doch keinem Zweifel, dass die Betrachtung einschlägiger Fälle, auch wenn sie direct keine wesentlich neue Seite bieten sollten, immerhin zur Festigung und Verlebendigung eines einheitlichen Bildes beitragen, abgesehen davon, dass der fachkundigen Auffassung bei treuer Detaillirung der Einzelfälle vollste Freiheit gewahrt bleibt.

Zwar ist das Gebiet der primären Verrücktheit, wie es Westphal umgrenzt, ein weitgreifendes; manche Formen, die aus hier nicht näher zu erörternden Gründen eine selbständige Stellung und Betrachtung wohl zulassen, sind in dasselbe aufgenommen, so das hallucinatorische Irresein, der Stupor; dieselben sollen nicht in den Bereich der folgenden Betrachtungen gezogen werden, vielmehr den Lesern dieses Blattes Fälle von primärer Verrücktheit im engeren Sinne, wie sie der klinischen Beobachtung entnommen sind, mitgetheilt werden, die hieraus sich ergebenden Consequenzen als solche folgen.

1. Fall: Eine 43 Jahre alte, ledige Lehrerin — im August vorigen Jahres aufgenommen — hatte in wiederholten Briefen an das Polizeipräsidium um Schutz vor der schlechten Männerwelt angesucht; sie betont darin, man könne wegen unnatürlichen Genusses die meisten Männer in Anklagestand versetzen und erklärt bei der Vernehmung, sie sei durch die Prostitution vergiftet worden, so dass sie Nächte lang vor Aufregung nicht schlafen könne. Die Kranke — von schwächlichem Körperbau, abgemagert — hat nach ihren Angaben in ihrer Kindheit an acuten Exanthemen, mit 14 Jahren an Typhus gelitten, seit welcher Zeit sie schwerhörig ist. Als Kind mittelloser Eltern, frühzeitig verwaist, war sie gezwungen, mühsam ihre Existenz sich zu sichern; seit ungefähr drei Jahren, nachdem man sie mehrmals hintereinander bestohlen, habe ihre Quartierfrau im Einverständnisse mit einem nebenan wohnenden Bahnbeamten gegen sie intriguirt, indem dieselben ihre durch jene rauhen Lebensverhältnisse abgestumpfte und abgehärtete Natur durch unnatürliche Reize in Erregung versetzten — zu dem Zwecke, um mit ihr unlautere Geschäfte zu machen. Durch in der Nahrung beigebrachte Substanzen, u. A. *belladonna*, die ihr das Gefühl von Trockenheit im Halse und Reizzustände in den Genitalien verursachten, habe man ihr auf einmal Jugend und Schönheit eines 20jährigen Mädchens verliehen und nur ihren Kenntnissen, denen sie entsprechende Gegenmittel — *acidum citricum* und *tartaricum*, Campher und Café — entnommen, verdanke sie ihre Rettung vor dem Spitale der Venerischen. Da man sie aber fortwährend mit jenen erbärmlichen Stoffen, deren Wirkung sie an dem Aufsteigen des Nasenschleimes gegen den Kopf und die Ohren etc. ganz deutlich verspüre, martere, liege allerdings die Gefahr vor, physisch und moralisch zu Grunde gehen zu müssen. — Würde man sie ruhig und naturgemäss leben lassen, wäre sie ganz gesund; nur ein eintägiger Aufenthalt auf dem Lande, der Genuss einer Nahrung, wie die Natur sie hergibt, stelle — wie sie sich mehrfach überzeugt habe — stets ihr Wohlbefinden wieder her, so dass sie ganz gut höre, auch ungestört schlafe. Indem man ihr die Speisen durch die „Prostitutionsdroguen" verderbe, kämen die angeführten Zufälle wieder zum Vorschein. Um nähere Aufklärung hierüber ersucht, äussert sie erregten Tones: „Wenn Sie prätendiren, das nicht zu wissen, dann explicire ich nicht weiter. Solche Beweise, wie wenn ein Dieb Einem etwas stiehlt, habe ich nicht; die Gegenstände, die ich dem Chemiker zur Analyse geben könnte, sind nicht mehr da und dann würde es sich erst fragen, ob man überhaupt einen ehrlichen Chemiker fände, der die Sache gerade so erklärte, wie sie ist. — Ich habe einen ganz gesunden Verstand, einen für die Zeit-



verhältnisse leider zu aufgeklärten Geist; ich habe viel gelernt, viel studirt, meine Kenntnisse aus dem praktischen Leben herausgezogen; auf meinen Reisen durch Europa habe ich die Erfahrung gemacht, dass man überall Gegenstand von Speculation und Ausbeutung wird, so dass selbst der grösste Philosoph seinen Gleichmuth und seine Ruhe verlieren muss; der Wahnsinn kommt nur von Droguen, die Natur hat keinen Wahnsinn zur Welt gebracht."

Sie erklärt weiter, jetzt Wien, vor dem sie grossen Ekel empfinde, zu verlassen, vorher aber noch ihre Klage beim Landesgerichte einbringen zu wollen.

2. Fall: Ein angeblich seit mehreren Jahren wegen nervöser Aufregung und Hypochondrie unter ärztlicher Behandlung stehender, 43 Jahre alter Lehrer wurde wegen hinzugetretenen Verfolgungswahnes der Klinik zugeführt.

Der Kranke ist von fahler Hautfarbe, schwächlich gebaut und abgemagert. Er gibt an, aus gesunder Familie zu stammen, bis vor sieben Jahren nie erheblich krank gewesen zu sein; von da an habe er bis vor zwei Jahren an häufigen Pollutionen gelitten und glaube er schon während dieser Zeit aus Gesprächen Anderer von ferne vernommen zu haben, dass man ihm sein Leiden an den Augen anmerkte. Durch ärztliche Behandlung von der erwähnten Krankheit befreit, habe er im Sommer vorigen Jahres wegen Magenkatarrhs zu mehrwöchentlichem Curgebrauch nach Carlsbad sich begeben; nach seiner Rückkehr sei ihm durch verschiedene Gespräche, die in seiner Gegenwart derart geführt wurden, dass er von deren Inhalt Notiz nehmen musste, die Mittheilung geworden, seine Frau habe mit anderen Männern während seiner Abwesenheit im Verkehre gestanden; durch Aeusserungen seines behandelnden Arztes sei allenthalben die Meinung — er sei impotent — verbreitet und zur Kenntniss selbst der oberen Schulbehörde gelangt, so dass er thatsächlich durch einige Zeit der Ansicht sich hingab, durch seine Abreise eben während der Schwangerschaft seiner Frau bei der Behörde den Verdacht erregt zu haben, er sei impotent — „nicht im Stande, das Begonnene fortzusetzen", wodurch dieselbe sich veranlasst gesehen, anderen Männern bezügliche Aufträge zu geben. Seit jener Zeit habe er seine Frau misstrauisch mit Argusaugen bewacht, durch seine nothwendig gereizte Stimmung sei er mehrfach mit Anderen in Conflict gerathen, so dass er seinen Verwandten den Eindruck gemacht, er leide an einer fixen Idee. Nunmehr sei sein Streben nur dahin gegangen, durch übermässig geübten Coitus zum Zwecke der Kindererzeugung der Behörde gegenüber von seiner Potenz Gewissheit zu geben — allerdings zum Schaden seiner eigenen Gesundheit. Uebrigens habe in seinem Leben nie der Glücksstern ihm geleuchtet; besonders seit einem Jahre betreibe man ein intriguenvolles Spiel bei der Behörde, um ihn zu Gunsten eines Anderen aus seiner Stelle zu verdrängen.

Während seiner kurzen Beobachtungsdauer zeigte der Kranke eine, abgesehen von dem Inhalte seiner Wahn-Ideen, wesentlich durch zahlreiche hypochondrische Empfindungen motivirte gedrückte Stimmung; er klagt insbesondere des Morgens über Abgeschlagenheit, Schmerzen in allen Gliedern und gibt in einem Schreiben an den Arzt seiner Ueberzeugung Ausdruck, Nachts von Unberufenen zum Zwecke der Schädigung seiner Cur misshandelt zu werden, indem man ihn hin- und herschüttle, auf künstlichem Wege Samen ihm entziehe, auf jede denkbare Weise ihn maltraitire; Schmerzempfindungen auf der Brust und im Gliede seien ihm hiefür deutliche Beweise. Jetzt, wo er nicht mehr an Pollutionen leide — fühle er sich ebenso geschwächt, sein Schlaf



sei nicht stärkend, sondern ermattend; er könne gar nicht anders sagen, als dass Nachts Jemand an seiner Person sich vergreife.

Nach seiner Ansicht wünsche man auch hier Beweise seiner geschlechtlichen Potenz, indem die Umgebung ihn auf indirecte Weise durch anzügliche, sogar ehrenrührige Reden, die man untereinander und hinter seinem Rücken führe, hiezu aufmuntere. Vermuthlich gehe die Anordnung hiezu von der Regierung aus; aus eigenem Antriebe könne doch unmöglich Jemand sich damit befassen; es könne nur die Spitalsleitung in diesem Sinne von der Regierung beeinflusst worden sein, welche sich von seiner Potenz Ueberzeugung verschaffen wolle, damit nicht seine Lehrthätigkeit durch Beargwöhnung seitens der Schulkinder geschädigt werde; Letzteres sei zum Theile schon geschehen, indem die Kinder — von ihren Eltern zur Opposition angereizt — indirect, durch Gespräche untereinander, ihren Argwohn zu verstehen gaben. Er könne bei dieser Gelegenheit das Geständniss nicht verhehlen, dass die Regierung damals sehr tactlos gegen ihn, einen tüchtigen Schulmann, vorgegangen; noch trauriger sei es, dass, wie ihm zu Ohren gekommen, sogar die Strafbehörde, das Bezirksgericht, in jene Angelegenheiten sich hineingemengt. Längst wäre er schon gesund, wenn man von diesen Quälereien, die doch kaum eine Grundbedingung seiner Behandlung bilden können, abstünde.

3. Fall. Eine 48 Jahre alte Portiersgattin, seit vier Jahren im Climacterium stehend, nie erheblich krank, führt Klage, dass sie seit zwei Monaten allnächtlich von Geistern heimgesucht und maltraitirt werde. Dieselben, zwei an Zahl, unsichtbar und unfassbar, lägen Nachts, der Eine an der Fuss-, der Andere an der Kopfseite, und treiben mit ihr geschlechtlichen Missbrauch; besonders betheiligt hieran sei ersterer, der seine Intentionen gewöhnlich durch Schütteln an ihren Kleidern einleite, längs den Füssen hinaufrücke, auf der Brust dann centnerschwer laste; nach vollzogenem Acte ziehe er sich wieder zu den Füssen zurück. Das wiederhole sich 3—4mal Nachts, ohne dass ihr die Möglichkeit erfolgreicher Abwehr gegeben wäre; auf Schimpfworte hin werde sie von dem Geiste ins Gesicht geschlagen, geohrfeigt, dass sie des anderen Tages noch die Spuren hievon bemerke; verhindere sie durch mechanische Mittel den coitus, so werde derselbe am Unterleibe oder der Brust vollzogen; nur das Auflegen kalter Tücher auf Brust und Unterleib haben bis jetzt den Geist gezwungen, zu den Füssen zurückzukehren; beim Trocknen des Tuches verspüre sie schon wieder das Zittern, Saugbewegungen an den Brüsten, an den Lippen etc. dergestalt, dass sich den andern Tag noch blaue Flecken am Körper zeigen. Auch bei Tage halten sich die Geister an ihrem Körper, der Eine an der rechten Schulter, der Andere an der linken Halsseite, als ob Katzen dem Körper anliegen würden.

Obwohl sie niemals die Geister gesehen oder gehört, habe sie doch aus Empfindungen des Nickens oder Kopfschüttelns, welche Bewegungen die Geister auf verschiedene Fragen, ja selbst auf blosse Gedanken als Antwort ihr vermitteln, Verschiedenes über die Beziehungen dieser Geister etc. erfahren; die betreffenden Persönlichkeiten seien ihr, indem sie verschiedene verdächtige Personen sich vorstellte, durch die Wahrnehmung jener Bewegungen bekannt geworden; ihre persönliche Beschwerdeführung bei denselben (Vorgesetzten ihres Mannes) habe zu keinem Ziele geführt; auch bei ihrem eigenen Manne konnte sie kein Gehör finden.

Letzthin habe sie das Schicksal der Frauen jener mit ihrem Geiste sie besuchenden Männer lebhaft beklagt; bei dem Gedanken, es könne eine



derselben aus Verzweiflung hierüber Hand an sich legen, habe sie bereits die bejahende Antwort des Geistes empfunden; die hieran geknüpfte Furcht zweijähriger Kerkerhaft fand eine ähnliche Bestätigung; Angst und Verzweiflung habe sich sofort ihrer bemächtigt, die Unmöglichkeit, so länger fortleben zu können, habe sie zum Selbstmord getrieben, dessen Vollführung ihr jedoch nur unvollkommen gelang.

Patientin, die mit einer sehr oberflächlichen Schnittwunde am Halse aufgenommen wurde, glaubt auch hier Anlass zu ganz denselben Klagen gefunden zu haben; sie gibt überdies mässige Kopfschmerzen an, ein Gefühl von Mattigkeit und Schwere, herrührend von den Geistern, die auf ihr lasten.

4. Fall. Eine Tabaktrafikantin, 49 Jahre alt, seit fünf Jahren Witwe, seit einem Jahre nach profusen menstrualen Blutungen im Climacterium, im Anschlusse hieran habituell congestionirt, überdies abgemagert und sehr anämisch, erkrankte drei Wochen vor ihrer Einbringung auf die psychiatrische Klinik in Form heftiger, auf ganz lebhafte Sinnestäuschungen basirter Angstgefühle. Der Erkrankung voran gingen häusliche Verdriesslichkeiten, offene Streitigkeiten mit einer Nebenpartei.

Die Kranke, deren Schwester vorübergehend geistesgestört gewesen, vernahm zu der angedeuteten Zeit eines Abends vor dem Einschlafen ganz deutlich die Worte: „Du musst hinein, reiss' sie aus ihrem Bette, ich werde sie beim Kopf halten, schlag' und binde sie ohne Erbarmen; Beide müssen sie todt sein, ihr Geld haben sie im Kasten etc." Diese nach ihrer Meinung offenbar von ihren erbitterten Nachbarn auf die Gefährdung ihres Lebens und Eigenthums abzielenden Besprechungen, die im anstossenden Kamine die ganze Nacht hindurch gepflogen wurden, hätten sich auch die folgenden Nächte fortgesetzt, die Unterhandlungen hätten zu keinem bestimmten Abschlusse geführt, da ein Theil der Gegenpartei auf das Erschlagen sich nicht habe einlassen wollen. Innerhalb der letzten acht Tage sei der Durchbruch der Mauer in Angriff genommen worden und glaube sie mit voller Gewissheit annehmen zu können, dass man einen Gang hineingewühlt, um rasch durchbrechen zu können; sie habe das Klopfen in der Mauer ganz deutlich gehört. Die vorletzte Nacht endlich hätten ihre Gegner sich geeinigt, mit der bestimmten Erklärung: „Ja, es geschieht; wir werden warten bis sie schläft; morgen ist die letzte Nacht, da musst Du es thun; wir haben ja vierzig Mann zur Verfügung — gegen zwei Personen." Die angstvolle Aufregung der letzten Nächte gedieh, obwohl auf ihren Wunsch mehrere Bekannte gegenwärtig waren, auf ihren Höhepunkt, als sie in der letzten Nacht die Drohung vernahm, man werde durch die Lücke der ausgerissenen Gasröhre sie erschiessen; ihre lauten Hilferufe hätten die ganze Umgebung bestürzt gemacht und die polizeiliche Intervention veranlasst.

Während der ersten Tage ihres kurzen Aufenthaltes hier erscheint die Kranke bedeutend beruhigter; der Umstand, dass sie dieselbe bedrohliche Stimme auch hier noch vernehme, errege in ihr wohl die Annahme einer krankhaften Täuschung im Ohre; weiteren Verlaufes vermochte indess die Kranke nicht, dem Einflusse der hallucinatorischen Eindrücke sich zu entziehen, und traten alsbald wieder heftigere, bis zu Selbstmordversuchen führende Angstzustände auf.

Wenden wir uns einer eingehenden Betrachtung der hier und früher angeführten Krankheitsfälle zu, so nehmen ganz vorwiegend die darin zum Ausdrucke gebrachten Wahn-Ideen — als Resultat bestimmter krankhafter Vor-



gänge — unser Interesse in Anspruch und indem wir in dem Inhalte sowohl der Wahnvorstellungen, als insbesondere in deren Grundlagen ganz bezeichnende gemeinsame Charaktere in allen einer genaueren Zergliederung zugänglichen, ähnlichen Fällen wiederfinden, an die anderweitige, oft genug sehr auffallende Symptome — logisch begründet — sich anknüpfen, ergibt sich hieraus die Wichtigkeit der Aufhellung des inneren Zusammenhanges zwischen wahnbildender Grundlage und dem Wahngebilde einerseits, zwischen diesen und einer gewissen Aussenseite des Krankheitsbildes andererseits.

Von einer gewiss sehr geringen Anzahl solcher Fälle abgesehen, in denen Wahnvorstellungen ohne nachweisbare Basis — gleichsam ex abrupto sich einstellend — das ganze Vorstellungsleben beherrschen, durch ihr unmotivirtes, zwangsweises Auftreten oft genug mit heftigen, angstvollen Verstimmungen einhergehen (Zwangsvorstellungen, abortive Verrücktheit Westphal's), findet sich bei genauerem Studium der überwiegendsten Mehrzahl einschlägiger Fälle jener Connex unverkennbar ausgesprochen, obzwar bei näherer Betrachtung rücksichtlich des Einflusses der Hemisphärenaction auf die Unterdrückung derartiger einzelner Vorstellungen eine unverkennbare Analogie mit dem Verhalten der Hemisphärenthätigkeit gegenüber den Hallucinationen sich ergibt.

Wenn wir diesbezüglich auf den ersten Fall (1877) unserer Beobachtungsreihe zurückgreifen, begegnen wir dort im Wesentlichen einer Anzahl vornehmlich visceraler Sensibilitätsstörungen, Hyperästhesien im Bereiche der Genitalnerven, Empfindungen, die als bis ins Rückenmark und Gehirn einstrahlende wahrgenommen werden, kurz, einer Summe hysterischer Sensationen mit der Wahn-Idee eines durch die Luft vermittelten, auf Wirkung eines magnetischen Fluidum zurückgeführten geschlechtlichen Verkehres mit entfernten, hochgestellten Persönlichkeiten. — In ganz ähnlicher Weise treten im Falle 1 der heutigen Mittheilung zunächst abnorme körperliche Wahrnehmungen, ein aufsteigendes Gefühl von der Nase gegen den Kopf, Trockenheit im Halse, Reizzustände in den Genitalien in den Vordergrund der krankhaften Erscheinungen und werden mit dem Wahne einer Vergiftung zu unlauteren Zwecken in Verbindung gebracht. — Die grosse Mehrzahl der hieher gehörigen Krankheitsfälle lässt ein derartiges Abhängigkeitsverhältniss der Wahn-Ideen ganz deutlich erkennen (vergleiche Fall 2 und 3 dieser Mittheilung), trotz der zahllosen Verschiedenheiten jener angedeuteten Empfindungen und der hieraus abgeleiteten Wahnvorstellungen, Verschiedenheiten, die wesentlich in der durch Erziehung, Bildungsgrad, Beschäftigung gegebenen Gedankenrichtung unter Concurrenz zufälliger Vorkommnisse ihre Erklärung finden.

Es kann nicht Zweck dieser Zeilen sein, für die Richtigkeit dieser dem Fachkundigen ohnedies bekannten Thatsachen durch Anführung weiterer Beispiele neue Belege vorzubringen, wohl aber müssen wir — um zu einem richtigen Verständniss des betreffenden Vorganges selbst zu gelangen — gerade hier der eingehenden Erörterung Meynert's (über Fortschritt in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen, „Psychiatrisches Centralblatt", 1878, Nr. 1) gedenken, insofern daselbst unter Zugrundelegung physiologischer Erfahrungen das eben für den hysterischen und hypochondrischen Status so wesentliche Moment der „sogenannten reizbaren Schwäche" in seinen Beziehungen zu einzelnen Abschnitten des Nervensystems in überzeugender Klarheit dargelegt, die Wechselwirkung betont wird, die zwischen den Erregungszuständen des Vorderhirns als eines reflexhemmenden Organes einerseits und



der übrigen Nervencentren und -Bahnen andererseits besteht, dergestalt, dass verminderte Vorderhirnleistung (Schwäche) mit Reizerscheinungen innerhalb letzterer (Reizbarkeit) in gewissem Sinne zusammenfällt. Bei der erfahrungsgemäss besonderen Betheiligung des hysterischen und hypochondrischen Status an dem Zustandekommen der in Rede stehenden Krankheitsform findet sich jener innere Zusammenhang offenbar wieder und würde nach dieser Seite hin in dem an Herabsetzung der Intensität der Hemisphärenleistung geknüpften Auftreten von Reizerscheinungen die physiologische Grundlage der primären Verrücktheit gegeben sein.

Was übrigens für die hypochondrisch-hysterischen Empfindungen gilt in ganz gleicher Weise für eine zweite ebenso wichtige Quelle der Wahn-Ideen — für die Hallucinationen; dass und wie dieselben zu Wahnvorstellungen benützt und verarbeitet werden, bedarf keiner weiteren Ausführungen und will ich diesbezüglich nur beispielshalber auf den Krankheitsfall Nr. 4 hinweisen, der diese Verhältnisse in entsprechender Weise wiedergibt.

Wichtiger erscheint der Umstand, dass auch den Hallucinationen jene physiologische Dignität beigemessen werden kann, wie den hypochondrischen, den hysterischen Sensationen. Indem ich hiebei der eben erwähnten Darstellung Meynert's folge, wonach subjective Erregungen der subcorticalen Sinnescentren — wenn sie durch herabgesetzte Leistung des Vorderhirns ungehemmt zur Rinde gelangen — von derselben wie von der Aussenwelt herstammend aufgenommen werden, so ergibt sich auch hienach die Möglichkeit, das Verhältniss jener angeführten Zustände zu den Wahn-Ideen von einem gemeinsamen lichtgebenden Gesichtspunkte aus aufzufassen. Das thatsächliche, oftmalige Zusammentreffen von Erregungszuständen subcorticaler Sinnescentren und peripherer gelegener Nervenbahnen in der vorher angedeuteten Weise, wie es auch aus der Betrachtung einzelner der angeführten Krankheitsgeschichten (vide Fall 1 und 2 d. J.) sich ergibt, kann nur als Bestätigung der erwähnten Anschauung dienen.

Wie sehr es übrigens nur Erregungszustände der Sinnescentren, keineswegs nothwendiger Betheiligung der Sinnesorgane zum Zustandekommen von Hallucinationen bedarf, möge aus nachstehendem, der hierortigen Beobachtung entnommenen Krankheitsfalle ersichtlich werden.

P. R., 75 Jahre alt, Dienstmagd — wegen angstvoller, durch Hallucinationen und Verfolgungswahn bedingter Aufregung auf die Klinik gebracht — hochgradig marastisch, schwerhörig, auf beiden Augen durch Glaucom seit 17 Jahren erblindet, gerieth vor 2 Jahren durch die plötzliche Nachricht vom Tode ihres in der Irrenanstalt verstorbenen Sohnes in ängstliche Erregung, sah Erscheinungen, „Bilder" vor sich, äusserte Furcht, umgebracht zu werden.

Die keinerlei Zeichen einer geistigen Schwäche verrathende Kranke findet auch während ihrer hierortigen Beobachtung fortwährenden Grund zu lauten Klagen; Tag und Nacht sei sie von einer Menge Leute, Männern und Weibern, umgeben, die ihr allerlei „Vorstellungen" machen, durch verschiedenartige Pantomimen, Umfallen bald nach der einen, bald nach der anderen Seite, Halsabschneiden etc. ihr andeuten, welcher Todesart sie sterben werde; allerlei Intriguen und Verläumdungen gegen sie bringe man zu Papier, worauf man ihr alle erdenklichen Schlechtigkeiten, die sie begangen haben solle, sogar was sie Nachts aus dem Schlafe spreche, vorlese; man versetze sie in eine förmliche Todesangst; keinen Menschen auf der Welt könne so ein Unglück getroffen haben. Sie gebe sich durchaus keiner Täuschung hin, wenn man



ihr auch die Meinung beibringen wollte, es sei nur Einbildung und bei allen Blinden wäre das der Fall. Nicht genug damit, werde sie, ein so altes Weib, das nie Jemandem ein Unrecht gethan, von diesen Räubern aus dem Bette herausgeworfen, unbarmherzig misshandelt, durch üble Gerüche in einen Zustand von Betäubung gebracht.

Unter dem Eindrucke dieser qualvollen Zustände verbringt die Kranke seufzend und laut lamentirend die Zeit ihres Aufenthaltes; oft genug sucht sie durch energische Abwehr die vermeintlichen Verfolger zu verscheuchen, häufig hüllt sie den Kopf in Tücher ein, um besonders die lästigen Gerüche, denen man sie absichtlich aussetze, abzuhalten; gegen ihre Umgebung zeigt sie grosses Misstrauen und verweigert hartnäckig die Nahrungsaufnahme. —

Es fragt sich nun, ob und inwieweit jene das Verständniss der uns beschäftigenden Krankheitsform wesentlich stützende und fördernde Anschauungen auch für die derselben angehörige kleine Gruppe, die Sander zuerst als originäre Verrücktheit angeführt und beschrieben, ihre Anwendung finden. Wie in allen diesbezüglichen Fällen finden sich auch in dem unserer Beobachtungsreihe angehörigen Falle 3 v. J. jene in der Regel auf hereditäre Einflüsse zu beziehende Charaktereigenthümlichkeiten wieder, durch welche derlei Individuen, unklare, phantastisch gehobene Ziele vor sich, ihrer ganz eigenartigen Gedankenrichtung folgend, alsbald von der Societät losgetrennt, innerhalb derselben sich nicht mehr zurechtfinden. Vermeintliches Verkanntsein seitens der Umgebung, die Nichtbeachtung seiner Fähigkeiten und Strebungen bringen ihn unbewusst in eine feindselige Stellung der Mitwelt gegenüber; der hierin schon angedeutete Verfolgungswahn gedeiht nun in einem derartig den Eindrücken der Aussenwelt entfremdeten Individuum durch vorwiegend illusorische Auffassung verschiedener, oft zufälliger Vorkommnisse, durch Einmengung des hypochondrischen, hallucinatorischen Elementes zu ganz vollendeten Formen; die „übermenschlichen Leiden" sind das Werk „geheimer, seit seiner Geburt thätiger Kräfte"; der hieran geknüpfte Schluss, ein eigenthümliches Dunkel müsse an seiner Herkunft haften, führt weiter zum Grössenwahn. Der Einfluss, welcher auch für diese genau abgegrenzte Gruppe der primären Vesanie, und zwar für das ausgesprochene Krankheitsbild derselben, der Hypochondrie, sowie den Sinnestäuschungen zugeschrieben werden muss, geht aus der Betrachtung wohl aller hier einzubeziehenden Fälle unzweifelhaft hervor, während allerdings der wichtige Antheil des im weitesten Sinne hereditären Momentes in der Färbung des ganzen Krankheitsbildes stets wiederkehrt.

Wie bei den übrigen Formen primärer Vesanie, so scheinen besonders bei dieser die Illusionen eine ganz hervorragende Rolle zu spielen, wohl augenscheinlich in unmittelbarer Folge der durch die Sonderstellung der betreffenden Individuen zur Aussenwelt getrübten Auffassung der Aeusserungen derselben und deren Beziehungen zur eigenen Persönlichkeit. Wie weit eine derartige illusorische Auffassung von äusseren Verhältnissen gedeihen muss, um schon als krankhaft zu gelten, kann wohl nur aus dem reactiven Verhalten des hiedurch Beeinflussten erschlossen werden. Dass dieses bei einem durch natürliche Anlage insufficienten Gehirne nicht jene Leistungshöhe erreichen werde, die zur Beherrschung solcher Einflüsse nothwendig erscheint, liegt auf der Hand und ist mit eben dieser Anschauung gerade eines der für die primäre Verrücktheit wichtigsten ätiologischen Momente ganz innig verknüpft.

Es kann, wenn wir die vorherbesprochenen Verhältnisse in Betracht ziehen, nicht auffallen, dass das weibliche Geschlecht geradezu in doppelter Zahl gegen-



über den Männern an der primären Vesanie sich betheiligt, eine Thatsache, die nicht allein in dem besonders disponirenden Momente des hysterischen Status, sondern wohl auch in einer dem weiblichen Gehirn zukommenden geringeren Intensität der Hemisphärenleistung überhaupt ihre Begründung finden mag, während allerdings auf das ungemein wichtige Moment hereditärer Anlage für alle hieher gehörigen Fälle ganz besonders hingewiesen werden muss.

Indem wir in der primären Verrücktheit eine auf allgemein neurotischer Grundlage entstandene, im wesentlichen durch krankhafte Urtheile charakterisirte Psychose erkennen, muss bezüglich der Präcisirung dieser Intelligenzstörung betont werden, dass dem in jener Form erkrankten Gehirne der ungeschmälerte Besitz seiner intellectuellen Fähigkeiten fast durchwegs vollkommen erhalten bleibt, was auch für die mit angebornem Schwachsinne combinirten Fälle seine Giltigkeit hat, insoferne eine graduelle Zunahme desselben mit der Fortdauer des Wahnsinns nicht nothwendig verknüpft ist. Von einem Uebergang jener in diese Form von Geistesstörung kann hiebei nicht die Rede sein, indem wir ja wissen, dass mit einem höheren Masse von Intelligenz ausgestattete Individuen an derselben Form erkranken, zudem im Vollbesitz ihrer Intelligenz durch die ganze Krankheitsdauer verbleiben, was ganz begreiflich erscheint, nachdem es sich hiebei nicht um ein tieferes Ergriffensein, eine directe Schädigung des logischen Apparates, sondern um formale Gebrechen in seiner Anwendung behufs Richtigstellung der vorhandenen Urtheilsverkehrtheiten handelt.

Im Gegentheil zeigt sich in dem ganz bemerkenswerthen Streben der Kranken, überall nur Stützpunkte für ihre Wahn-Ideen zu suchen, in der Art ihrer Verantwortung in der Regel keinerlei Defect an Intelligenz; die in Verwendung gebrachten Hypothesen werden oft genug mit besonderer Schärfe vertheidigt, bis endlich bald hinter den neuen Erfolgen der Wissenschaft (siehe Fall 2 v. J.) Deckung gesucht, bald in den Wirkungskreis einer geheimen Gesellschaft (Fall 3 v. J.), bald in die allgemeine Verderbtheit und Ehrlosigkeit des Menschengeschlechtes (Fall 1) etc. der letzte Grund der räthselhaften Vorgänge verlegt wird.

So ungerechtfertigt es wäre, die primäre Verrücktheit unter die sogenannten psychischen Schwächezustände einzureihen, so nothwendig erscheint eine strenge Scheidung jener Psychose von ebenfalls unter der Bezeichnung Verrücktheit gangbaren, als Ausgang primärer durch Verstimmungen charakterisirter Processe anzusehenden Formen von Schwachsinn (secundäre Verrücktheit). So wie wir innerhalb dieser Formen einige, allerdings nur oberflächliche Berührungspunkte finden, die wohl eine äussere Aehnlichkeit durch das Vorhandensein von Wahn-Ideen mit der Erkrankungsform der primären Verrücktheit bedingen, während diese eben durch Intactsein der Intelligenz ganz wesentlich von jenen sich unterscheidet, ebenso treffen wir manche gewiss aber auch nur äusserliche Uebereinstimmungen an zwischen jenen primären, auf Verstimmungen in Folge tieferer Ernährungsstörungen der Hemisphären basirten Krankheitsprocessen, der Melancholie und Manie einerseits, der primären Verrücktheit andererseits, und zwar rücksichtlich der Stimmung. Hier entscheidet im Wesentlichen die Quelle der Stimmung, die bei ersteren im Processe selbst gelegen ist, bei letzterer als eine dem Träger des Krankheitsbildes — der Wahn-Idee — adäquate Begleiterscheinung mit einhergeht. Die hier in Betracht kommenden Stimmungen, die hypochondrische, auf ein unbestimmtes, allgemeines Krankheitsgefühl zu reducirende im Initialstadium, die mit dem Inhalt der Wahn-



Ideen schwankenden Stimmungen in den ausgesprochenen Krankheitsfällen (vgl. diesbezüglich Fall 1 v. J., 2 v. J., 2 d. J.) gestatten überdies weder bezüglich ihrer Intensität noch Dauer einen berechtigten Vergleich mit den der Melancholie, der Manie als Krankheitsprocessen ganz eigenen Verstimmungen.

Ein Verbrechen im Anfalle von epileptischer Geistesstörung.

Forensisch-psychiatrische Analyse von

Dr. med. Paul Kowalewsky,

Privatdocenten der Psychiatrie und Vorsteher der Abtheilung für Psychosen und Nervenkranke am Charkoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospital.

Die Psychiatrie gehört in die Reihe der Naturwissenschaften; sie ist eine Abtheilung der Biologie. Folglich muss sie sich auf Beobachtungen und Untersuchungen stützen. Je mehr Facta sie für sich hat, um so fester und competenter wird ihre Lehre sein; umgekehrt wird das Fehlen von Facten ihre Lehre incompetent, unsolide machen. Wer sich dem einen oder anderen Theile der Biologie speciell widmet, der ist meines Erachtens moralisch genöthigt, diese Facta zu sammeln, zu vermerken und auf dem gemeinsamen Altare der Wissenschaft darzubringen.

Ich meinestheils halte mich für moralich verpflichtet, der heiligen Sache zu dienen, der ich mein Leben geweiht. Da ich eine genügende Anzahl von Geisteskranken vor mir habe, so bieten sich mir nicht selten sehr interessante und für die Wissenschaft recht nützliche Fälle dar. Ich wage daher einen Fall aus meiner Hospitalpraxis vorzulegen und bitte um nachsichtige Beurtheilung von Seite meiner geehrten Collegen.

Am 14. April 1877 wurde in die Versuchsabtheilung des Charkoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitals ein gewisser M. W. eingeliefert. Der Eingelieferte war klein von Wuchs, schwacher Körperconstitution, wog 115 Pfund; ohne besondere Missbildungen. Der Kopf regelmässig gebaut, Spuren von Gewalt und traumatische Beschädigungen an ihm nicht bemerkbar. Im ganzen übrigen Organismus ebenfalls keine besonderen Abweichungen im Bau und Verrichtung der Organe mit Ausnahme der Augen. Das rechte Auge zeigt vollständige Blindheit, im linken ist die Sehfähigkeit sehr schwach — nur im oberen Drittel des Auges vorhanden — wobei der Kranke die fünf Finger nur auf die Entfernung von zwei Fuss und auch das nicht ohne Schwierigkeit unterscheidet. An beiden Augen *Leucoma totalis*; Schlaf, Appetit, Verrichtungen des Mastdarms sind vollständig genügend.

Aufnahme und Aneignung von äusserlichen Eindrücken, mit Ausnahme der oben erwähnten, das Auge betreffenden, ganz regelmässig und normal. Gruppirung von Vorstellungen und Begriffen, Wiedergabe früher gewesener Eindrücke, Combination und Association von Vorstellungen, ihre Qualität und Quantität boten, in Berücksichtigung der socialen Stellung des Untersuchten, keine besonderen Abweichnngen dar. In der Aufeinanderfolge der Vorstellungen macht sich auf den ersten Eindruck eine gewisse Langsamkeit



bemerkbar. Die eine Vorstellung folgt auf die andere, so zu sagen zögernd und langsamer als bei anderen Leuten und gibt dem Subjecte das Ansehen eines unentschlossenen, charakterschwachen, trägen Menschen, eines Menschen, den man im gewöhnlichen Leben Schlafmütze nennt. Dem entsprechend ist er auch im Handeln langsam, vorsichtig und sozusagen furchtsam. Alles das erklärt sich sehr leicht dadurch, dass der Kranke blind ist.

Der Inculpat ist ein stilles, sanftes, im höchsten Grade diensteifriges, gehorsames und ergebenes Wesen. An ihm ist auch nicht ein Fünkchen von Frechheit, Grobheit oder Ungehorsam bemerkbar. Im Laufe der ziemlich langen Untersuchung war an ihm nicht die geringste Verstocktheit oder Listigkeit zu bemerken — er war im Gegentheil eine ehrliche aufrichtige Natur. Ungeachtet der sehr häufigen und zahlreichen Reizungen und Unannehmlichkeiten von Seiten der ihn umgebenden Kranken zeigte W. niemals ein aufbrausendes Wesen, sondern nur Ergebenheit und Verträglichkeit.

Erbliche oder Familien-Anlage ist weder zur Psychose noch zu Neurose noch zu Trunksucht vorhanden. M. W. ist der Sohn eines Bauern und genoss seine Erziehung in einer Bauernfamilie. Er zeichnete sich durch nichts Besonderes vor den anderen Knaben des Dorfes aus. Als die Zeit der Arbeit herannahte, half er in Allem seinem Vater und der Familie. In den Zwanziger-Jahren seines Lebens wurde er Soldat und war ungefähr vier Jahre verabschiedet, weil er in Folge einer Pulverexplosion das Gesicht verloren hatte. Die übrige Zeit lebte er in der Familie und war ein guter Familienvater. W. war verheiratet. Noch während seiner Soldatenzeit hatte seine Frau von einem Anderen ein Kind bekommen; nichtsdestoweniger liebte W. auch dieses Kind wie sein eigenes und machte seiner Frau nie einen Vorwurf daraus. Aus allen Umständen seines Lebens tritt nur einer als ganz ungewöhnlich und vereinzelt hervor — das von ihm begangene Verbrechen. Dasselbe wurde am Sonnabend der Osterwoche (2./14. April 1877) begangen. Der Thatbestand ist folgender: W. war am Freitag der Osterwoche vollständig gesund; beschäftigte sich in der Wirthschaft und klagte über keine Schmerzen — nur eine gewisse Veränderung im Gesichte war bemerkbar, als ob er abgenommen hätte. Auch ass er nichts. Am Sonnabend Morgen sassen, während, die Leute dem Gottesdienst beiwohnten, im Zimmer W., seine Frau, ihre drei Kinder und die Freundin der Frau, D. Plötzlich springt W. in Gegenwart von Frau und Kindern auf, stürzt sich auf die D. und verlangt von ihr Befriedigung seiner geschlechtlichen Lust. Er kriecht vor ihr auf den Knieen, erniedrigt sich, beschwört sie und bittet sie, seine Leidenschaft zu befriedigen. Als die D. sich dessen weigerte, wandte er sich an seine Frau, und ohne sich der Gegenwart der Kinder und einer fremden Frau zu schämen, verlangt er von ihr geschlechtliche Befriedigung. Er erhielt abschlägigen Bescheid.

Weiter gehen die Zeugenaussagen etwas auseinander. Die Frau des W. sagt aus, dass ihr Mann, nachdem er noch zwei, drei Schritte gethan hatte, mit dem Gesichte auf den Boden gestürzt sei. D. dagegen behauptet, dass W. in Folge eines Stosses seiner Frau gefallen sei, wobei er gestöhnt habe und blau geworden sei. Dann habe er den Kopf aufgehoben.

Darauf sei die Frau des W. an ihn herangetreten und habe ihn gefragt: „Was machst Du denn? Gott mit Dir!" — Ueber den Gesichtsausdruck W.'s erschrocken, habe sie die D. gebeten, mit ihr aus der Hütte zu gehen, welche sie dann auch Beide verlassen haben.



Hierauf beginnt W. die Fenster seines Hauses zu zerschlagen, sich die Kleidung vom Leibe zu reissen und zu toben. Die Nachbarn kommen herbei. W. ergreift kochendes Wasser aus dem heissen Ofen und überschüttet sie damit. Hierauf ergreift er das dreijährige Kind, gegen welches er immer väterliche Liebe gezeigt hatte, gleichwie gegen seine anderen Kinder, obgleich es von einem Anderen mit seiner Frau erzeugt war, und wirft es in den brennenden Ofen. Drei Nachbarn stürzen herbei, um das Kind zu retten, W. aber widersetzt sich dem hartnäckig. Der Zustand des W. war in diesem Augenblicke so schrecklich, dass drei kräftige Männer sich fürchteten, dem kleinen tobenden Manne nahe zu kommen. Nur ganz zufällig gelingt es ihnen, denselben zu packen und zu binden. Wie bald darauf W. zu sich kam, ist unbekannt.

Bereits acht Tage darauf gibt der Oberarzt des Tschugueff'schen Militär-Hospitales seine Meinung dahin ab, „dass die geistigen Fähigkeiten des W. sich in anormalem Zustande befänden. Zu diesem Schlusse kam derselbe auf Grund der auf respective Fragen ertheilten Antworten, welche im höchsten Grade träge, theilweise ohne Zusammenhang waren und häufig mit den gestellten Fragen gar nichts zu thun hatten."

Am 14. April trat W. unter meine Aufsicht in die Beobachtungs-Abtheilung des Charkoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitales, wo er anderthalb Monate verblieb und während dieser Zeit nicht die geringste Geistesstörung zeigte. Das ist annähernd der Kern der Sache.

Es fragt sich nun: In welchem Zustande befinden sich die geistigen Fähigkeiten des W. jetzt und in welchem befanden sie sich zur Zeit der Verübung des Verbrechens?

1. Was den jetzigen Zustand der geistigen Fähigkeiten W.'s betrifft, so sind dieselben vollständig normal.

2. In Betreff der zweiten Frage sind wir nicht im Stande, eine so kategorische Antwort zu geben.

Vor allen Dingen wirft sich die Frage auf: Ist irgend ein Motiv für die Ausübung eines so schrecklichen Verbrechens von Seiten W.'s vorhanden? Anscheinend ja, nämlich Geschlechtsreiz. Ein Jeder weiss, dass unter dem Einflusse dieses Reizes der Mensch im Stande ist, das schrecklichste Verbrechen zu begehen.

Und unter dem Einflusse dieses Reizes wendet sich W. an seine Frau mit dem Verlangen um Befriedigung. Sie schlägt es ihm ab. Ihm, dem Manne, während sie ihre Liebe, ihre Umarmungen an Andere vergeudet, von Anderen Kinder bekommt — dem Manne versagt sie die Befriedigung seiner flammenden Leidenschaft. Nur unter solchen Verhältnissen ist der Zorn des Mannes verständlich und möglich. Ueber wem musste sich der Zorn des erbitterten Mannes zuerst entladen? Natürlich über der Frau. Aber die Frau entflieht. Und dem Erbitterten fällt die Frucht des Ehebruches seiner Frau, die ihm soeben die Befriedigung versagt hat, in die Augen. In diesem Augenblicke befand sich der Mann doppelt im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit. Ja, es wäre sogar seltsam gewesen, wenn er in diesem Zustande kein Verbrechen verübt hätte an der Frucht der ehebrecherischen Liebe seiner Frau, die ihm soeben die Befriedigung versagt hatte. *)

*) Wir können dem Geschlechtsreize ohne andere krankhafte Störung in psychischer Richtung solche Consequenzen nicht zugestehen und daher dieser Argumentation nicht folgen. D. Red.



Die Unthat vollzog sich. Der an Nichts schuldige Kleine ward ins Feuer geworfen. Folglich sind Motiv und die aus ihm entspringende That einander vollständig würdig und stehen unter einander in vollkommener Harmonie. Für das Verbrechen ist ein vollständig genügendes Motiv vorhanden.

Aber neben diesen Umständen tritt eine ganze Reihe von anderen auf, die das Bild des Verbrechens total verändern

Vor Allem tritt an uns die Frage heran: Unter welchen Verhältnissen zeigte sich die geschlechtliche Erregung? Des Morgens wendet sich ein vollständig nüchterner Mann in Gegenwart von Frau und Kindern an eine fremde Frau und verlangt von ihr geschlechtliche Befriedigung. Fügen wir hinzu, dass W. am Freitage, dem Tage vor Ausübung des Verbrechens, nichts gegessen habe, dass er im Ganzen ein enthaltsamer, stiller, friedliebender und sanfter Mensch ist. Ist es möglich, dass unter solchen Umständen sich plötzlich eine so unbändige Leidenschaft zeigt, dass der Mann, die Gegenwart von Frau und Kindern ignorirend, sich an eine fremde Person wendet und von ihr Befriedigung seiner Lüste verlangt? Eine so offenkundige Verletzung seiner Pflichten als Vater, Mann und Bürger, eine solche Verletzung von Ehre und Gewissen deutet auf eine vollständige Abwesenheit von Bewusstsein und Selbsterkenntniss in W. im gegebenen Augenblicke hin.

Durch eine eben solche Unzurechnungsfähigkeit zeichnet sich W. auch bei Verübung des zweiten Vergehens aus, nämlich bei dem Bestreben, in Gegenwart von Zeugen Geschlechtsbefriedigung von seiner Frau zu erhalten. Wenn auch nur dieser eine Theil des Vorganges gerichtlicher Untersuchung und Expertise unterläge, so könnte man schon deswegen allein sagen, dass W. sich in dem betreffenden Augenblicke in abnormem geistigen Zustande befunden habe.

Die Sache beschränkt sich aber nicht darauf allein. D. und die Frau des W. entfliehen aus dem Zimmer. Wenn auf W. in dem betreffenden Zeitpunkte geschlechtliche Extase allein gewirkt hätte, so sollte man, nach der Weigerung der Frau, erwarten, dass W. sich an seine älteste Tochter Praskowja, ein zehnjähriges Mädchen, wenden würde. Allein das geschah nicht.

Es stellt sich heraus, dass die Wuth nicht allein geschlechtlicher Natur war. Sie hatte keinen bestimmten Charakter und ging schnell in eine Zerstörungswuth über, und zwar in eine Zerstörungswuth von schrecklichem, grauenhaften Charakter. W. vernichtet Alles, was um ihn ist. Er zerschlägt die Fenster, zerreisst die Kleidung, wirft ein Kind in's Feuer, begiesst die Nachbarn mit kochendem Wasser. Mit einem Worte, er bestrebt sich, Alles zu vernichten, was ihm unter die Hand kommt. Wenn anstatt des Sohnes der Vater und anstatt des Feuers ein Messer bei der Hand gewesen wäre, so würde er ebenso dem Vater den Stahl in die Brust gestossen haben, wie er das Kind ins Feuer warf. Die Selbsterkenntniss, die Erkenntniss seiner Umgebung und seiner eigenen Thaten — das Alles war in ihm in dem betreffenden Augenblicke verdunkelt und verzerrt. Er handelte unter dem Einflusse einer rein krankhaften Wuth, die durchaus keine reale, objective Grundlage hatte, einer Wuth, die nur kurze Zeit andauerte.

In der ganzen Reihe dieser wilden und unbändigen Handlungen zeichnet sich nur eine durch eine gewisse Absichtlichkeit und als eine einem bestimmteren Zweck entsprechende aus. Leider bildet diese eine auch die Quintessenz, den Kern des Verbrechens. Das ist eben der Umstand, dass W. nach dem abschläglichen Bescheide seiner Frau nicht das erste beste Kind



ins Feuer warf, sondern gerade das von der Frau ehebrecherisch erzeugte. Darin kann man eine gewisse Absicht, einen gewissen Vorsatz sehen.

Als Antwort darauf haben wir zwei Entgegnungen: 1. Ist aus dem Thatbestande bekannt, dass W. seine Frau nie wegen ihrer Untreue getadelt hat und dem im Ehebruche erzeugten Kinde mit gerade solcher Liebe begegnete wie seinen eigenen Kindern — und 2. der Zusammenhang des Versuches des Kindesmordes und der vorangehenden und darauf folgenden Umstände. Voran ging das Bestreben nach öffentlicher Geschlechtsbefriedigung durch eine fremde Frau, dann durch die eigene, und ein gewisser ungewöhnlicher Anfall, und darauf folgte ein ungewöhnliches, unbändiges Toben. Die That des Kindesmordes an sich ist nicht etwa eine besondere, selbständige Handlung, sondern nur eines der Details der Tobsucht W. warf ebenso unbedacht und absichtslos das Kind ins Feuer, wie er die Fenster zerschlug, wie er seine Kleider und Wäsche zerriss und wie er die Nachbarn mit heissem Wasser begoss. Hieraus geht klar hervor, dass der Versuch des Kindesmordes von Seite des W. ein geradeso absichtsloser, zielloser, krankhafter Act ist wie alle anderen, und dass er an diesem nicht mehr schuldig ist als an allen anderen.

Nach alle dem kann es keinem Zweifel unterliegen, dass dieses ganze grauenhafte Bild nichts Anderes ist, als der Ausdruck, das Auftreten einer Krankheit, des Irrsinns. Unzweifelhaft war das ein Anfall von Irrsinn und dabei ein acuter, schnellvergehender; ein Anfall, dessen Spuren schon nach 12 Tagen verschwunden waren. Seinem Charakter nach stimmte derselbe mit der Form überein, welche die frühere Psychiatrie unter dem Namen *mania transitoria*, *epilepsis larvata* kannte. Jetzt tragen derartige Anfälle die Benennungen: Psychische Epilepsie (*epilepsia psychica*), epileptischer Irrsinn u. s. w. Die Hauptmerkmale dieser weitaus nicht formulirten Krankheitsform sind: Undeutliche Vorboten, plötzliches Auftreten von Tobanfällen, Verlust der richtigen Erkenntniss der Umgebung, grauenhafter Charakter des Anfalles selbst, grauenhafter Charakter des Verbrechens, welches während des Anfalles begangen wird, Abwesenheit jeglicher Motive zum Verbrechen, Verlust oder doch Abschwächung der Erinnerung an den Anfall selbst, und der schnelle Verlauf des letzteren.

Ich halte es für meine Pflicht, nochmals zu erwähnen, dass diese Krankheit in der Literatur durchaus nicht klar gelegt ist, und deshalb kann der von mir angegebene Complex der Erscheinungen erheblichen Veränderungen unterworfen sein. Es können einige der von mir erwähnten Symptome fehlen und andererseits können zu den erwähnten andere hinzutreten, welche das Bild der Krankheit vollständig verändern. Eines der wesentlichsten Symptome dieser Krankheitsform ist die Anwesenheit epileptischer Krämpfe. Allein auch dieses Symptom ist an Intensität, Umfang und Form sehr veränderlich. Es fragt sich nur, inwieweit unser Fall in die von uns gegebene Schablone passt?

1. Vorboten waren vorhanden. W. hatte am Freitage nichts gegessen und in seinem Gesichte waren gewisse Veränderungen vorgegangen. Möglicherweise waren auch noch andere Erscheinungen vorhanden; es hat aber Niemand darauf Acht gegeben und konnte es auch nicht thun. Allein für uns sind auch die vorhandenen Angaben genug; sie können mit Recht Vorboten des stürmischen epileptischen Anfalles genannt werden, wenn ein solcher nach ihnen wirklich erfolgte.



2. Plötzlichkeit des Eintretens des Tobanfalles wird bestätigt durch die Aussagen von Zeugen — wie von der Frau des W., so auch der Augenzeugin D.

3. Verlust der richtigen Erkenntniss der Umgebung. Man könnte einfach sagen: Verlust des Bewusstseins. Hier aber wirft sich noch eine Frage auf: Hatte W. wirklich das Bewusstsein verloren? Ja allgemeiner: Ist der Mensch im Stande, bewusstlos zu handeln? Angesichts der Unentschiedenheit der Frage von Bewusstsein und Bewusstlosigkeit und des bedingten Verständnisses dieser beiden Termina entschliessen wir uns lieber zu sagen, dass W. im gegebenen Falle ohne richtige Erkenntniss der ihn umgebenden Aussenwelt handelte. Unter dem Einflusse von krankhaft veränderten Empfindungen, unter dem Einflusse von subjectiven Eindrücken, wurde die ganze ihn umgebende Aussenwelt für ihn eine ganz andere, als sie bis dahin gewesen. Es ist natürlich, dass die veränderten Beziehungen W.'s zu seiner Umgebung in ihm unrichtige Vorstellungen, unrichtige Begriffe, Urtheile und Schlüsse entstehen liessen und so den Impuls zu unrichtigen Handlungen gaben. Mit einem Worte: es treten im gegebenen Falle klare Abweichungen der normalen Beziehungen des Subjectes zur Aussenwelt zu Tage, oder wie Prof. A. U. Frese sich ganz richtig ausdrückt, Verletzung des logischen Verhältnisses zur Aussenwelt.

4. Grauenhafter Charakter des Anfalles. Diesen Ausdruck kann man zweifach verstehen. Einen grauenhaften Charakter kann ein Anfall sowohl bezüglich der Person haben, welche er befällt, als auch bezüglich der Umgebung. Merkwürdig, dass bei Anfällen epileptischer Tobsucht sich in der That diese doppelte Wirkung zeigt. Grauen, furchtbares Grauen überfällt den Epileptischen selbst und ein nicht minder furchtbares seine Umgebung. Bei persönlicher Beobachtung von Fällen epileptischer Tobsucht kann man in vielen Fällen dieses subjective Grauen des Epileptischen während des Anfalls fixiren*). Allein im gegebenen Falle unterlag W. nicht dieser persönlichen Beobachtung und er selbst hat jede Erinnerung an den Anfall verloren. So bleibt für uns nur die eine objective Seite des grauenhaften Gemäldes übrig. Dass dieses aber schrecklich war, das erhellt daraus, dass die Frau des W., die D. und drei Nachbarn sich fürchteten und an den kleinen tobenden Menschen nicht herantreten konnten. Dieser Umstand ist vollständig genügend zur Bestätigung, dass der Tobanfall objectiv wirklich einen grauenhaften Charakter hatte.

5. Grauenhafter Charakter des Verbrechens. Dies brauchen wir nicht erst zu beweisen. Die That spricht selbst für sich. Der unschuldige Kleine wird ins Feuer geworfen. Und davon stösst der Verbrecher mit unbändiger Wildheit Diejenigen zurück, welche den unglücklichen Kleinen befreien wollten.

6. Fehlen von Motiven für das Verbrechen. Hier könnte man noch hinzufügen: Vorhandensein von Motiven, welche den krankhaften Zustand der geistigen Thätigkeit erklären. Das eine wie das andere ist mit Klarheit bewiesen.

7. Verlust oder Abschwächung der Erinnerung an das Verbrechen. W. erinnert sich entschieden an gar nichts von dem, was zur Zeit des Verbrechens vorging. Er sagt, dass sich mit ihm so etwas Schreckliches ereignet habe; aber was gerade? Daran erinnert er sich nicht.

*) P. Kowalewsky: Fall von Gesichts-Hallucinationen bei vollständiger Blindheit. „Psychiatrisches Centralblatt" 1868, Nr. 4 und 5.



8. Schneller Verlauf des Anfalls. Schon in den ersten Tagen nach dem Verbrechen wurde W. an das Tschugueff'sche Militärhospital abgeliefert. Der Oberarzt desselben gibt seine Meinung von dem Kranken dahin ab, dass sich derselbe in abnormem geistigen Zustande befinde, und begründet seine Meinung dadurch, dass die Antworten auf gestellte Fragen im höchsten Grade oft zusammenhangslos waren und häufig zu den Fragen in gar keiner Beziehung standen. Ich gebe gerne zu, dass W. sich in einem solchen Zustande befunden haben kann. Aber diese Langsamkeit und wirre Sprache sind nicht dem Tobanfalle selbst, sondern der auf ihn folgenden Periode eigen. Folglich war der Anfall selbst schon vorübergegangen, als W. in das Tschugueff'sche Hospital abgeliefert wurde. Das ist nicht Alles. Selbst wenn die Tobsucht W.'s nicht schon vor seiner Einlieferung in das Hospital oder während seines Aufenthaltes daselbst vorgegangen wäre, selbst dann müsste man sie zu den schnell verlaufenden rechnen, weil W. am vierzehnten Tage seiner Krankheit, als er in das Ch. G. H. abgeliefert wurde, schon gesund war. Ich neige am ehesten der Ueberzeugung zu, dass W. im Ganzen nur wenige Stunden krank war, und sich darauf in dem Zustande befand, der unter der Benennung „nach der Epilepsie" bekannt ist. Die krankhaften Anzeichen, welche von dem Herrn Oberarzt des Tschugueff'schen Hospitals bemerkt worden sind, entsprechen eben diesem Zustande.

9. Endlich bleibt für uns das Letzte übrig — die Anwesenheit epileptischer Krämpfe. Das Verhältniss der Anfälle epileptischer Krämpfe zu den Anfällen epileptischer Tobsucht ist in verschiedenen Fällen überaus ungleichartig. Einmal gibt es Fälle, in denen die epileptischen Krämpfe der epileptischen Tobsucht vorangehen; zuerst zeigen sich die Krämpfe, dann tritt Tobsucht ein. Der Zwischenraum zwischen beiden kann einige Secunden, aber auch Minuten, Stunden, Tage, Monate, Jahre und Jahrzehnte dauern. Andererseits gibt es Fälle, wo sich zuerst epileptisches Toben zeigt, welches dann in Krämpfe übergeht. Die Krämpfe treten hier also nach dem Toben ein. Der Zwischenraum kann sich auch hier von wenigen Secunden bis auf Minuten, Stunden, Tage und Jahre erstrecken. Drittens zeigen sich die Krämpfe, wenn die Tobsucht ihren Höhepunkt erreicht hat, und endlich 4. gibt es Fälle, wo die Krämpfe nicht von Tobsucht und diese nicht von jenen begleitet wird. Oft zeigen sich während des ganzen Lebens allein epileptische Krämpfe und niemals Tobsucht. Das ist die am häufigsten auftretende Form der Epilepsie; sie trägt die Namen einfacher, somatischer, nicht combinirter Epilepsie u. s. w. Und andererseits kommt es vor, dass sich im Laufe des ganzen Lebens des Menschen ein, zwei, drei oder mehr Anfälle von Tobsucht zeigen, welche allen Symptomen nach an epileptisches Toben erinnern und niemals an epileptische Krämpfe. In diesen Fällen ersetzt das epileptische Toben sozusagen die Krämpfe, es zeigt sich als Aequivalent für dieselben. So häufig die Fälle von einfacher Epilepsie sind, so selten sind die von äquivalenter.

Zur Stellung der Diagnose ist es immer angenehm, einen Anfall von epileptischen Krämpfen vor Augen zu haben; weniger angenehm sind die Fälle von äquivalenter Epilepsie. Nicht wünschenswerth sind sie besonders in forensisch-psychiatrischen Fällen, da die Lehre von der psychischen Epilepsie sogar oft gebildeten Aerzten nicht klar ist. Sogar Specialisten beurtheilen diese Krankheit oft vom subjectiven Standpunkte aus.

In den Fällen, in welchen sich die Epilepsie als combinirte erweist, wo also sowohl epileptische Krämpfe als auch epileptisches Toben vorhanden

sind, können die Krämpfe selbst in den verschiedenen Fällen sehr verschieden an Umfang und Intensität sein. Einmal ergreifen sie den ganzen Körper und ihre Gewalt geht bis zum Zerbrechen der Knochen des Epileptischen. Das anderemal beschränken sie sich auf eine Seite des Körpers. Noch ein anderesmal umfassen sie eine der Extremitäten und das Gesicht. Es gibt Fälle, wo der epileptische Anfall sich auf den Verlust des Bewusstseins und eine schwache Verzerrung im Gebiete des Gesichtes beschränkt, und solche, wo nur Schwindel und Bewusstlosigkeit ohne alle Krämpfe auftreten. Endlich gibt es epileptische Anfälle mit Krämpfen, aber ohne oder doch nur mit theilweisem Verluste des Bewusstseins. Mit einem Worte: Es kommen bei epileptischen Anfällen die verschiedenartigsten Varianten vor.

Wenden wir uns jetzt zu unserem speciellen Falle. Nach der Masse von Symptomen gehört der Anfall W.'s zu den Fällen psychischer Epilepsie. Auf den ersten Blick scheinen ihm nur die epileptischen Krämpfe zu fehlen. Folglich erinnert dieser Fall an diejenigen Formen psychischer Epilepsie, in denen epileptische Tobsucht sich an Stelle epileptischer Krämpfe als Aequivalent derselben zeigt. Das ist also ein äquivalenter Fall psychischer Epilepsie.

Allein ein Umstand, der bei Verübung der That vorfiel, lässt uns daran zweifeln. Die Zeugin D. und die Frau des W. sagen nämlich aus, dass, als W. zu Boden fiel, sein Gesicht einen veränderten Ausdruck angenommen habe, so dass sie erschrocken und aus dem Zimmer gelaufen seien. Was für eine Veränderung im Gesichte war das? Weder die D. noch die W. sind mit der Medicin und den Symptomen der Epilepsie bekannt. Weder die Eine noch die Andere kann uns die Veränderungen genau beschreiben. Sie erschraken nur und liefen nach Hilfe.

Wer aber das Gesicht eines Epileptischen während der Krämpfe gesehen hat, der wird sich über den Schreck einfacher Frauen wie die D. und die W. nicht wundern.

Wir können mit Gewissheit sagen, dass das eben bei W. ein Anfall epileptischer Krämpfe war. Wir wissen, dass es Fälle von unvollständiger Epilepsie gibt, wo die ganze Sache sich auf bewusstlosen Zustand des Subjectes und schwache Gesichtskrämpfe beschränkt. Ein solcher Anfall unvollständiger Epilepsie war dann auch im gegebenen Falle bei W.

So ist es klar, dass W. keinen Anfall von äquivalenter psychischer, sondern von combinirter Epilepsie d. h. Verbindung epileptischer Tobsucht mit epileptischen Krämpfen hatte. Diese Combination findet ihren Platz in der dritten Rubrik unserer Eintheilung der verschiedenen Combinationen, d. h. unter denjenigen Fällen, wo der Anfall epileptischer Krämpfe auf dem Höhepunkt des Tobens eintritt, und wo noch nach diesen Krämpfen das Toben fortdauert wie früher oder gar noch mit erneuerter Stärke. Auf Grund des Obengesagten kann man zu dem Schlusse kommen, dass die geistigen Fähigkeiten des W. im Augenblicke der Verübung des Verbrechens sich in krankhaftem Zustande befanden. Also 1. befinden sich die geistigen Fähigkeiten des W: jetzt in normalem Zustande und 2. verübte W. das Verbrechen unter dem Einflusse eines krankhaften Zustandes, der ihn bis zur Wuth brachte*).

*) Wir werden in einem der nächsten Hefte über transitorische Manie, und s. g. psychische Epilepsie vom heutigen Standpunkte der Wissenschaft eine referirende Uebersicht bringen. D. Red.



Die psychiatrischen Anschauungen La Mettrie's (1709—1751).

Historische Notiz von

Arnold Pick (Prag).

Die nachstehende Mittheilung hat ihren Ausgangspunkt in einigen in der Anmerkung wiederzugebenden Angaben*) Du Bois-Reymond's in seiner ausgezeichneten Rede über La Mettrie (Berlin 1875); ich bezwecke nicht eine historische Abhandlung, sondern verbinde damit nur die Absicht, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf weit vorgeschrittene Anschauungen bei einem Vorläufer modernen Denkens zu lenken, der als Arzt kaum gewürdigt, als Philosoph mit Unrecht lange in Verruf gewesen und dessen Ehrenrettung in Deutschland erst in der neuesten Zeit durch F. A. Lange und Du Bois-Reymond erfolgt ist.

Dem entsprechend ist hier von jedem weitläufigen, kritisch-historischen Apparat, einer Arbeit, die mir gegenwärtig ziemlich ferne liegt, abgesehen, vielmehr werden nur die Schriften unseres Autors, die mir übrigens nicht alle zugänglich sind, hauptsächlich seine beiden Hauptwerke, die „Histoire de l'âme" und „Homme-machine" benützt.

Vorausschicken will ich jedoch einige biographische Notizen, die ich Du Bois-Reymond und Lange entnehme, die den Zweck haben, auch Demjenigen, der sich nur auf vorliegende Mittheilung beschränkt, das nöthige Materiale zum Verständniss des weiter Vorzubringenden an die Hand zu geben.

La Mettrie, im Jahre 1709 geboren, widmete sich anfänglich der Theologie, trat jedoch später zur Medicin über; nachdem er zwei Winter hindurch emsig secirt hatte, erwarb er 1728 zu Rheims den Doctorhut; mehrere Jahre später, die er wahrscheinlich der Praxis gewidmet, finden wir ihn unter den intimen Schülern des berühmten Boerhave, dessen Werke er in's Französische übersetzt; kurz darauf bekleidet er eine höhere Stelle im feldärztlichen Dienste, in welcher Stellung er mehrere Schlachten mitmacht; in diese Zeit fällt eine fieberhafte Erkrankung; dieselbe wird der Anlass zur Begründung seiner Grundanschauung von den geistigen Thätigkeiten; schon im folgenden Jahre schreibt er sein berühmtestes Werk, die „Histoire naturelle de l'âme"; noch stärkeren Ausdruck gibt er seiner Anschauung in dem viel verschrienen „Homme-machine". Eine nebenher laufende heftige literarische Fehde mit den Häuptern der Pariser Facultät, welche sogar seine Schriften verbrennen liess, nöthigt ihn zur Flucht aus Frankreich.

---

*) „Beim Nachdenken darüber [über die Fieber-Phantasien] befestigte sich in ihm die Ueberzeugung, dass geistige Thätigkeit die Folge körperlicher Zustände sei" (l. c. S. 9).

„Das Gehirn Blöd- und Wahnsinniger zeige zwar oft keine dem unbewaffneten Auge sichtbaren Bildungsfehler. Beweise dies wohl, dass nicht irgend ein mikroskopisches Fäserchen von der Norm abweiche und genüge nicht vielleicht eine solche Abweichung, um die grösste geistige Störung zu ermöglichen?" (l. c. S. 20).

„Als Arzt redet La Mettrie einer milderen Gerechtigkeitspflege das Wort, indem er auch hier seiner Zeit voraus, die Beziehung zwischen Verbrechen und Wahnsinn hervorhebt, und in manchen Verbrechern nur Unglückliche sieht, die zwar unschädlich, aber nicht verantwortlich zu machen sind" (l. c. S. 29).

„Er zergliedert die denkbaren mechanischen Bedingungen des Gedächtnisses. Die Physiognomik und die Lehre von Hirnprovinzen, wo bestimmte geistige Fähigkeiten hausen, finden sich angedeutet" (l. c. S. 20).



Von Holland wird er von Friedrich dem Grossen als Vorleser an seinen Hof gezogen und zum Mitgliede der Akademie gemacht; allein schon im Jahre 1751 nach rastloser literarischer und ärztlicher Thätigkeit stirbt er an den Folgen eines Gastmahles, nicht wie seine Feinde behauptet an dem Uebermasse genossener Speisen, sondern wahrscheinlich durch eine verdorbene Pastete. Friedrich der Grosse selbst hielt ihm in der Akademie den Nachruf.

Auf eine Gesammtwürdigung La Mettrie's kann natürlich hier nicht eingegangen werden, und will ich nur hiehersetzen, was Du Bois-Reymond über die von ihm in seinen beiden Hauptwerken auseinandergesetzten Ansichten äussert (l. c. S. 18 fg.): „Dies ist ja nichts, als in oft sehr würdige und massvolle Sprache gekleidet, was heute jeder Philosoph und Naturforscher als eine, gleich jeder anderen, zweifelhafte, doch von gewissem Standpunkt aus berechtigte Weltanschauung gelten lässt, nichts als was man neuerlich, im Gegensatz zur dualistischen Weltansicht, als monistische Lehre oder Monismus schlechthin zu bezeichnen begann. Diese Lehre wird jetzt täglich in vielen Schriften ausdrücklich vorgetragen, noch öfter stillschweigend vorausgesetzt, auf Lehrstühlen und in öffentlichen Vorträgen erörtert."

Ich übergehe nun sofort zur Mittheilung der in den verschiedenen Schriften zerstreuten psychiatrischen Anschauungen La Mettrie's, glaube jedoch im Interesse der Darstellung die Grundzüge seiner psychophysischen Ansichten, wie wir in gerechtfertigter Anwendung eines modernen Ausdruckes sagen dürfen, vorausschicken zu sollen.

Wie an der oben citirten Stelle Du Bois-Reymond schon hervorhebt, steht er auf dem Standpunkte des Monismus; ganz präcise spricht er dies aus in dem „Traité de l'âme"*) (Amsterdam 1752), pag. 68, wo er von Leib und Seele sagt: „*A cause de l'intimité de sa liaison, qui est telle qu'on croirait que les deux substances individuellement attachées et jointes ensemble, elles ne sont qu'un seul tout.*" Die sensiblen Eindrücke beruhen auf Veränderungen in den zuführenden Nerven, die Verschiedenheit derselben beruht auf der Verschiedenheit der percipirten Eigenschaften („Traité de l'âme", pag. 40); an anderen Stellen spricht er es direct aus, dass es sich um Schwingungen handelt, die sich längs des Nerven bis in das *Sensorium commune* fortpflanzen. („Oeuvres de méd.", Berlin 1755. „Traité du vertige", pag. 9. „Les animaux plus que machines", pag. 21.) Auf der Stärke der betreffenden Eindrücke beruht die Helligkeit der Vorstellungen („Traité de l'âme", pag. 55), auf der Häufigkeit der ihnen zu Grunde liegenden Bewegungen in den betreffenden nervösen Partien beruhen Phantasie, Gedächtniss, Gewohnheit; namentlich über die materiellen Grundlagen des Gedächtnisses äussert er, gestützt auf eine aus Wepfer, La Motte und Bonnet hergenommene Casuistik von Gedächtniss-Defecten in Gehirnkrankheiten, sehr geklärte Anschauungen. Dem entsprechend verlegt er natürlich den Sitz der Seele in's Gehirn, ja selbst darüber scheint er sich klar, dass dieselbe noch genauer in die Hirnrinde zu verlegen, indem er z. B. von der markigen Umhüllung spricht,**) („Homme-machine", deutsche Uebersetzung 1875, S. 39), „auf welche die im Auge gemalten Gegenstände wie von einer magischen Laterne zurückgeworfen werden". Aehnlich scheint auch eine andere Stelle zu deuten

*) Identisch mit der „Histoire naturelle de l'âme".

**) Wahrscheinlich hat er diese Anschauungen von Willis und Vieussens übernommen.



(„Traité de l'âme", pag. 72); sehr deutlich spricht er dies jedoch aus in: „Les animaux plus que machines", pag. 26, wo er sich aus dem „Homme-machine" citirt: *„En faisant du cerveau une espèce de nappe blanche, tendue exprès au dedans du crâne pour recevoir l'image des objets du fond de l'oeil"* *).

Aus der Thatsache, dass die verschiedenen Hirnprovinzen mit verschiedenen Thätigkeiten begabt sind, und jede derselben ihre eigenen zuleitenden Apparate besitzt („Traité de l'âme", pag. 49), zieht er den Schluss (ibid. pag. 62 u. ffg.), dass nicht, wie seine Zeitgenossen vielfach angenommen, der Seelensitz ein punktförmiger ist, vielmehr ein ausgebreiteter sein müsse, wobei er nicht zu betonen unterlässt, dass nur die Gehirn-Anatomie den Schleier, der über der Lehre vom Geiste ruht, zu lüften im Stande ist; auch die Pathologie des Gehirnes liefert ihm Beweise für die Richtigkeit seiner Anschauungen (ibid. pag. 69), *„puisque les maladies du cerveau selon l'endroit qu'elles attaquent, suppriment tantôt un sens, tantôt un autre";* aus seiner eigenen Beobachtung führt er (ibid. pag. 76 i. f.) den Fall einer Frau an, die nach einer Apoplexie erst im Verlaufe eines Jahres allmälig, vom Abc beginnend, ihr Gedächtniss wieder erlangte; dagegen scheint es, als ob er („Traité du vertige", pag. 32) die gekreuzte Wirkung der Hemisphären des Grosshirns nicht kannte. Sehr geläutert sind die Anschauungen, die er über das Verhältniss von Hirnvolumen und Intelligenz hat („Homme-machine" deutsch, S. 30 fg.); er betont, dass beide einigermassen parallel gehen, sowie den Windungsreichthum des menschlichen Gehirns, hebt jedoch hervor, dass die Grösse allein nicht massgebend sei, vielmehr auch die Beschaffenheit der Menge entsprechend sein und die festen und flüssigen Theile in einem für die Gesundheit erspriesslichen Gleichgewichte sich befinden müssten.

Auch über die Physiologie des Schlafes äussert er sich in sehr klarer Weise („Traité de l'âme", pag. 131 fg.) und wer wollte leugnen, dass es vielfach an moderne Anschauungen anklingt, wenn er auf Grund derselben sich über Somnambulismus folgendermassen ausspricht (ibid. pag. 135): *„Les somnambules dorment à la verité parfaitement dans certaines parties du cerveau, tandis qu'ils sont éveillés dans d'autres, à la faveur desquelles le sang et les esprits, qui profitent des passages ouvertes, coulent aux organes du mouvement."*

Man vergleiche damit doch, was Binz („Ueber den Traum", 1878, S. 45) von den Schlafwandelnden sagt: „Manche Menschen schlafen mit dem grösseren Theil des Gehirns so fest und wachen gleichzeitig mit einigen erregten Zellengruppen so energisch, dass die Traumvorstellung im Stande ist, Bewegungsreflexe gewohnter, wenn auch in ihrem Ziel meistens unsinniger Art auszulösen." Und wie klar äussert sich La Mettrie weiter über die Handlungen der Somnambulen: *„Mais pour ce qui est de l'adresse et des précautions que prennent, les somnambules, avons nous plus de facilité qu'eux, à éviter mille dangers, lorsque nous marchons la nuit, dans les lieux inconnus? La topographie du lieu se peint dans le cerveau du noctambule, il connaît le lieu qu'il parcourt et le siége de cette peinture est chez lui nécessairement aussi mobile, aussi libre, aussi clair que dans ceux qui veillent."* „Der Schlaf- oder Traumwandler associirt nur dasjenige, was mit dem beunruhigten Vorstellungskreis im Zusammenhang ist. Er sieht und hört und wird dabei von allem

*) Wer würde hier nicht erinnert an Meynert's „empfindende Hohlkugel der Hirnrinde".



seinem Vorstellungskreis Fremden nicht gestört, so lange er eben nicht erwacht" sagt Johannes Müller (citirt von Binz).

Ganz ebenbürtig schliessen sich an seine Anschauungen über die Physiologie der Phantasie und der Phantasmen (ibid. pag. 80): *„Ainsi lorsque des causes matérielles cachées dans quelque partie du corps que ce soit,* (Mitvorstellungen Griesinger's?) *affectent les nerfs, les esprits, le cerveau, de la même maniére que, tes causes corporelles externes et en conséquence excitent les mêmes idées, on a ce quon appelle de l' imagination. En effet lorsqu' il nait dans le cerveau une disposition physique parfaitement semblable à celle que produit quelque cause externe, il doit se former la même idée, quoiqu'il n'y ait aucune cause présente au déhors; c'est pourquoi les objets de l'imagination sont appellés fantômes ou spectres* φαντασματα".

Aus der Erfahrung führt er dafür an die entoptischen Erscheinungen bei Druck auf das Auge, den Traum, die lebhafte Vorstellung, das Delirium; dabei trennt er sehr scharf zwischen physiologischer und pathologischer Hallucination (ibid. pag. 82): *„Tantôt l'âme participant à l'erreur générale de tout les sens externes et internes croit que les objets sont réellement semblables aux phantomes produits dans l' imagination et alors c'est un vrai délire."*

Mit dieser Anschauung sind wir in das rein pathologische Gebiet gekommen, allein hier fliessen die Quellen spärlicher, denn während La Mettrie sich über die Physiologie der Seele (man verstatte diesen Anklang an Maudsley's Darstellung) weitläufig auslässt, sind seine Aeusserungen über Psychosen nur zufällig in seine Schriften eingestreut, und sollen im Folgenden möglichst gesammelt wiedergegeben werden.

Vom Schwachsinn gibt er in prägnanten Zügen ein vollständiges Bild („Traité de l'âme", pag. 152): *„Les sots raisonnent mal, ils ont si peu de mémoire qu'ils ne se souviennent pas de l'idée qu'ils viennent d'apercevoir; ou s'ils ont pu juger de la similitude de leurs idées, ils ont déjà perdu de vue ce jugement lorsqu'il s' agit d'en inférer une troisième idée qui soit la juste conséquence de deux autres. Les foux parlent sans liaison dans leurs idées, ils révent, à proprement parler. En ce sens les sots sont des espéces de foux. Ils ne se rendent pas justice de croire n'être qu'ignorants; car ils n'ont leur esprit qu'en amour propre . . ."*

Von den Melancholischen hebt er hervor („Traité de l'âme", pag. 56), wie sich eine Idee ihres ganzen Denkens bemächtigt hat; eingehender bespricht er die krankhaften Gelüste der Schwangeren („Homme-machine", deutsch, S. 27), die Nymphomanie, deren tödtlichen Ausgang er gleichfalls kennt; daran schliesst sich das Vorkommen der Anthropophagie bei Schwangeren (ibid. S. 49); hier ist es auch, wo er die von Du Bois hervorgehobenen Ansichten über unfreiwillige Verbrechen oder solche äussert, die auf Grund einer eigenthümlichen Beschaffenheit des Körpers begangen worden.

Die Verrückten erwähnt er kurz unter dem Namen Maniaques („Traité de l'âme", pag. 84) und charakterisirt die partiell Verrückten: *„Plusieurs se ressemblent, en ce que, hors du point de leur folie, ils sont d'un sens droit et sain"*; nachdem er dann noch die hypochondrisch Verrückten gezeichnet, sagt er: *„Cette maladie de l'esprit dépend de causes corporelles connues, et si on a tant de peine à la guérir, c'est que ces malades ne croient point l'être, et ne veulent point entendre dire qu'ils le sont, de sorte que si un médécin n'a plus d'esprit que de gravité, ou de galénique, ses raisonnements gauches et maladroits les irritent et augmentent leur manie"*. Zeigt nicht La Mettrie hier

ein tiefes Verständniss für psychische Behandlung Geisteskranker? Wie richtig, wenn er weiter sagt: „*Que sert donc alors de s'opiniâtrer à parler raison à un homme qui n'en a plus?*" Es scheint auch, als würde er die erst in neuerer Zeit näher bekannt gewordenen Zustände acuter Demenz und deren oft günstigen Ausgang kennen, wenn er sagt: „In einem anderen Falle verliert sich der Schwachsinn und die Wiedergenesung gestaltet aus einem Blödsinnigen einen vernünftigen Menschen" („Homme-machine", deutsch, S. 22). Ueber die sympathischen Psychosen äussert er eine hauptsächlich auf Sectionsbefunde gestützte Ansicht („Ouvrage de Penelope", II, pag. 302), doch lässt gerade das von ihm angeführte Beispiel eines Leber-Abscesses neben völliger Intactheit des Gehirns manche Bedenken zu; besser dagegen kennt er die Psychosen im Gefolge von Lähmungen, und erklärt die dabei beobachteten Täuschungen über gelähmte (oder amputirte) Gliedmassen aus dem jetzt sogenannten Gesetz der peripherischen Erscheinung der Empfindungen (cf. Du Bois l. c., pag. 19, und „Homme-machine", deutsch, S. 22). Gleich seinem Zeitgenossen Astruc, den Heubner („Die luetische Erkrankung der Hirnarterien", 1874, S. 3) als den Ersten anführt, kennt er die Syphilis als Ursache gestörter Blutcirculation innerhalb der Schädelhöhle, abgesehen von den durch syphilitische Hirntumoren bedingten Circulationsstörungen; ob er diese in seinem „Traité du vertige", pag. 37, geäusserte Anschauung von Astruc, dessen von ihm citirtes Werk ein Jahr früher erschienen war, entlehnt oder nicht, lässt sich nicht bestimmen; im ersteren Falle wäre es ein Beweis, dass, wie Lange („Gesch. des Materialismus" I, S. 329) hervorhebt, in allen seinen Schriften stets die Spuren eifriger Verfolgung der neuesten wissenschaftlichen Forschungen zu finden sind.

Auch historische Studien in der Pathologie hat er gemacht, er kennt die νουσος θηλεία, die Krankheit der Skythen, ein Seitenstück zur conträren Sexual-Empfindung, die er aus somatischer Ursache erklärt, indem er die davon Befallenen für Eunuchen oder Impotente hält („Des maladies veneriennes", pag. 148), eine Erklärung, die bekanntlich in der neuesten Zeit wieder aufgenommen ist.

Er kennt endlich den Einfluss intercurrenter Krankheiten und Zustände auf Psychosen, die heilende Wirkung des Schreckens („Traité de l'âme", pag. 77 und 90 fg.), ebenso auch den Einfluss der Unterleibs-Organe auf das psychische Leben, wobei er natürlich im Sinne seiner Zeit demselben eine falsche somatische Deutung gibt („Homme-machine", deutsch, S. 23).

Ganz besonderes Lob dagegen verdient seine Ansicht über psychische Behandlung der Geisteskranken, die er in wahrhaft modernem Sinne gehandhabt wissen will; sein Ausspruch darüber, den er im Anschluss an die oben erwähnte Nutzlosigkeit des Raisonnements Geisteskranken gegenüber thut, lautet: „*Tout le fin, tout le mystère de l'art est de tâcher d'exciter dans le cerveau une idée plus forte qui abolisse l'idée ridicule qui occupe l'âme; car par là on retablit le jugement et la raison avec l'égale distribution du sang et des esprits.*"

Wie gross steht dieser Gedanke gegenüber dem sogenannten Traitement moral da, und wie schön weist er in diesem Schlusssatze die somatische Grundlage der psychischen Therapie auf; dabei will er jedoch die Kenntniss der Psychologie von den Aerzten nicht vernachlässigt wissen „*pour connaître expliquer et guérir les diverses affections du cerveau*" („Traité de l'âme", pag. 96), ohne dass er sich jedoch die somatische Seite verkümmern liesse; „von zwei



Aerzten ist meines Erachtens immer derjenige der bessere, der am meisten Vertrauen verdienende, welcher am meisten in der Naturlehre oder der Mechanik des menschlichen Körpers bewandert ist . . ." Dass er dem entsprechend der Anatomie, und dabei hat er wohl auch die pathologische im Auge, grosses Gewicht beilegt, geht weniger aus positiven Aussprüchen, als aus den beissenden Bemerkungen hervor, mit denen er in seiner Satyre auf die Häupter der Pariser Facultät, „Ouvrage de Penelope ou Machiavel en Médecine", diejenigen geisselt, die die Anatomie als unnöthigen Behelf des Arztes betrachten.

Sehr sachgemäss sind auch die Ansichten, welche er über die Sectionsbefunde Geisteskranker äussert: „Wenn der Schwachsinnige nicht Mangel an Gehirn hat, wie man gewöhnlich bemerkt, so wird an diesem Eingeweide eine fehlerhafte Consistenz, eine zu grosse Weichheit beispielsweise, auszusetzen sein. Dasselbe gilt von den Narren; die Fehler ihres Gehirns entziehen sich nicht immer unseren Nachforschungen; aber wenn die Ursachen des Schwachsinns, der Narrheit etc. nicht wahrnehmbar sind, wo soll man da die Gründe für die Verschiedenheit aller Geister aufsuchen? Sie würden Luchs- und Argusaugen entschlüpfen. Ein Nichts, eine kleine Faser, etwas, was die feinste Anatomie nicht entdecken kann, würde zwei Thoren aus Erasmus und Fontenelle, welcher es selbst in einem seiner Gespräche bemerkt, gemacht haben" („Homme-machine", deutsch, S. 31).

Sehr verständig sind auch die Ansichten, die er über die Erblichkeit hat; wer würde nicht bei der Erzählung der Antropophagie der 12jährigen Tochter eines Räubers, die als einjähriges Kind ihre Eltern verlor und von rechtschaffenen Leuten erzogen worden war („Homme-machine", deutsch, S. 50) an ähnliche Ausführungen der neuesten Zeit (Maudsley u. A.) erinnert. Diese und andere Beobachtungen beweisen ihm, dass es tausend erbliche von Eltern auf Kinder, von Ammen auf Säuglinge übergehende Laster und Tugenden gibt.

Begreiflich endlich ist es, wenn ein Mann mit so geläuterten Anschauungen auch die Stellung des Arztes in psychischen Fällen richtig präcisirt; für ihn ist „der Streit der Facultäten" (Kant) entschieden*); bei Gelegenheit der Erzählung der fürchterlichen Todesstrafen, zu denen die Schwangeren, welche Menschen getödtet und gegessen, verurtheilt worden, sagt er („Homme-machine", deutsch, S. 50): „Ich verkenne keineswegs, was das Interesse der Gesellschaft erheischt. Aber unzweifelhaft wäre wünschenswerth, dass als Richter nur ausgezeichnete Aerzte fungirten. Sie allein könnten den unschuldigen Verbrecher vom schuldigen unterscheiden. Wenn die Vernunft die Sklavin des verderbten oder wüthenden Sinnes ist, wie sollte sie ihn dann beherrschen können." Wenn auch La Mettrie mit diesem Ausspruche zeitlich gegen Platner's „*Programma, quo ostenditur, medicos de insanis et furiosis audiendos esse*" (ob mit Kenntniss desselben, ist nicht zu entscheiden) zurücksteht, bleibt doch er der Erste, der ihn in einer von der ganzen damaligen gebildeten Welt gesprochenen Sprache gethan.

*) Lange („Gesch. des Materialismus", I, S. 349) irrt, wenn er sagt, man könne in der hier in Rede stehenden Aeusserung einen Irrthum sehen; aus dem ganzen Zusammenhange, in welchem die These aufgestellt ist, geht hervor, dass La Mettrie in psychisch-gerichtlichen Fällen den Arzt zum Richter machen will und das ist wohl auch das Richtige.



Statistik der steiermärkischen Landes-Irrenanstalt Feldhof.

Mitgetheilt von

Dr. Johann Zach, erstem Assistenzarzte.

Gesammtbewegung.

Jahr	Stand vom 1. Januar		Aufnahme		Abgänge								Summa	
					genesen		gebessert		ungebessert		gestorben		der Abgegangenen	der Verpflegten
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.		
1877	206	186	155	131	26	43	32	13	63	18	50	21	266	678
1878	190	222	126	129	19	38	22	25	38	23	36	27	228	667

Krankheitsformen der Aufgenommenen.

Jahr	Manie		Melancholie		Primäre und secundäre Verrücktheit		Blödsinn		Paralyt. Irrsinn		Epilept. Irrsinn	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
1877	23	29	19	38	44	36	12	7	49	16	8	5
1878	22	35	26	42	31	29	8	8	28	11	11	4

Krankheitsformen der Abgegangenen.

Jahr	Art des Abganges	Manie		Melancholie		Primäre und secundäre Verrücktheit		Blödsinn		Paralyt. Irrsinn.		Epilept. Irrsinn.	
		M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
1877	genesen . . .	13	23	11	19	—	—	—	—	—	—	2	1
	gebessert . .	5	2	4	4	12	6	—	—	6	1	5	—
	ungebessert .	—	1	4	—	29	10	18	5	7	2	5	—
	gestorben . .	4	2	2	3	3	6	5	5	30	2	6	3
1878	genesen . . .	8	21	10	15	—	—	—	—	—	1	1	1
	gebessert . .	3	5	7	10	6	7	2	—	3	2	1	1
	ungebessert .	3	4	3	3	18	10	5	1	9	4	—	1
	gestorben . .	4	6	1	3	2	5	3	5	22	8	4	—





Verpflegsdauer der Abgegangenen.

Jahr	bis 1 Monat		1—3 Monate		3—6 Monate		6—9 Monate		9—12 Monate		1—2 Jahre		2—3 Jahre		3—5 Jahre		über 5 Jahre		Summa
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
1877	—	1	6	7	18	18	31	13	22	9	53	33	14	6	23	4	4	4	266
1878	9	8	21	16	31	37	12	12	11	7	14	19	4	7	9	6	4	1	228

Lebensalter der Verpflegten.

Jahr	Jahre																											
	unter 10 Jahren	10—15		16—20		21—25		26—30		31—35		36—40		41—45		46—50		51—55		56—60		61—65		66—70		71—75	76—80	
	M.	M.	F.	M	F	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F	M.	F.	M.	F.	M.	F	M.	F.	M.	F.	M	M.	F.
1877	—	1	2	10	10	37	23	48	43	57	48	59	36	50	49	33	47	31	29	21	19	7	8	4	3	2	1	—
1878	1	1	1	10	20	31	32	37	41	48	59	40	45	53	56	29	34	40	36	13	17	10	6	1	3	2	—	1

Gesammtsumme der im Jahre 1877 Verpflegten: 678, und der im Jahre 1878 Verpflegten: 667.

Krankheitsursachen der Aufgenommenen.

Jahr	Zahl d. Aufgenommenen		Heredität		Pubertät		Climacterium	Puerperium	Ang. Hirnstör. u. neuropath. Constitution		Alt.-Atroph. des Gehirns		Moralische Ursachen		Alkohol u. sexuelle Excesse		Ueberanstreng. Kampf u. Dasein		Acute Krankheiten		Chronische Krankheiten		Trauma capitis		Gefängniss		Onanie		Unbekannt	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	F.	F.	M	F.	M.	F.	M.	F.	M	F.	M.	F.	M.	F	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
1877	155	131	48	56	—	3	12	11	7	4	1	3	3	2	48	11	1	—	6	8	7	3	11	4	—	—	14	—	38	35
1878	126	129	40	48	1	1	4	12	9	9	2	3	7	3	37	15	4	1	1	3	2	6	13	3	1	—	21	—	20	36



Aus dem Vereine.

A. Protokoll

der Sitzung vom 7. Mai 1879.

Vorsitzender: Regierungsrath Professor Meynert.

1. Sänitätsrath Primarius C. Gauster theilt mit, dass zur Hebung des Vereinsorganes dasselbe mit Zustimmung des Verwaltungsrathes in den Verlag der Herren Toeplitz & Deuticke übergeben wurde, so dass sie für Dauer der Vereinbarung die ganze finanzielle Sorge und das materielle Eigenthumsrecht des Blattes übernehmen, die geistige Obsorge und Leitung desselben aber dem Vereine, respective den von ihm erwählten Redacteuren verbleibt. Das psychiatrische Centralblatt wird in Jahrbücher für Psychiatrie umgewandelt, die heftweise erscheinen. In der bevorstehenden Hauptversammlung wird dieser Gegenstand der Beschlussfassung vorgelegt.

2. Der Präsident theilt die Austrittserklärung der Vereinsmitglieder Dr. A. Schlemmer und Dr. J. Zimmermann mit.

3. Herr Assistent Dr. Hollaender hält seinen angekündigten Vortrag:

Zur Casuistik der Idiotie.

Im Wintersemester des Jahres 1878 wurden zwei Brüder, Idioten, Victor 25 Jahre, und Nicolaus 18 Jahre, auf die psychiatrische Klinik des Wiener allgemeinen Krankenhauses gebracht. Beide stammen aus einer Familie, welche in der Ascendenz aus vollkommen gesunden Gliedern besteht, bei welchen aber in der Descendenz der Degenerationszustand noch an zwei Sprossen weiblichen Geschlechtes ausgesprochen ist. Die Eltern der Geschwister lebten in einem kleinen Orte Mährens, innerhalb dessen Grenzen Cretinismus vollständig unbekannt ist, so dass tellurische und atmosphärische Einflüsse zur Erklärung der Thatsache, dass in einer Familie vier Glieder Idioten sind, nicht herbeigezogen werden können. Der Vater ist ein vielseitig begabter Mann gewesen, der jedoch nicht eine seiner Begabung entsprechende Stellung eingenommen haben soll und in allen seinen Unternehmungen das Bild der Unbeständigkeit in hohem Grade geboten habe. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass der Vater eine neuropathische Individualität war, welchen Schluss man durch die tägliche Erfahrung, dass der Laie krankhafte Excentricität mit Talent so häufig zu verwechseln geneigt ist, begründen könnte; es würde jedoch das Bestreben, in jedem Falle von Degenerationszuständen dem Erblichkeitsgesetze den massgebendsten Einfluss einzuräumen, zur Erklärung der oben erwähnten auffallenden Thatsache nur in sehr gezwungener Weise geltend gemacht werden können.

Anamnestisch erfuhren wir, dass Victor bis zu seinem zweiten Jahre in seinem psychischen und physischen Verhalten nichts dargeboten habe, was die Aufmerksamkeit seiner Umgebung hätte auf sich lenken können und erst nach Verlauf von zwei Jahren fiel es auf, dass er noch keine Gehversuche machte, dass ihm Worte, die Kindern in diesem Alter schon geläufig sind, nicht zu Gebote standen. Mit fünf Jahren fing er an, nach einer eigenthümlichen Gangart zu gehen, nämlich auf den Fussspitzen mit nach vorne gebeugtem Kopfe; um den Ausdruck der Mutter zu gebrauchen: „es hatte den Anschein,



als wenn er bei den Gehversuchen immer nach vorne fallen würde." Ein Ohrenfluss, der im zweiten Jahresalter auftrat, bewog die Eltern, ärztlichen Rath einzuholen — man sprach sich jedoch erst später, auf Grund seiner Gangart dahin aus, dass ein Kleinhirnleiden? vorliege. Es dürfte in diesem Falle wahrscheinlich Encephalitis oder Leptomeningitis, welche in der Rinde Schrumpfungszustände nach sich zieht (Huegenin), die anatomische Basis für den nachfolgenden bleibenden Blödsinn abgegeben haben.

Nicolaus war nie krank und hatte von frühester Jugend an das Gepräge eines Idioten. Die Untersuchung seines Schädels, dessen Hor.-Umfang 530 Millimeter betrug, ergab eine Bildung, die auf angeborenen Hydrocephalus schliessen liess: Stirne mächtig hervortretend, eine stark entwickelte Hinterhauptsstufe, die Ränder der Pfeilnaht keilförmig hervorragend. Der tief eingedrückte Nasenrücken, die weit auseinander stehenden Augenhöhlen, die vorgeschobenen Jochbeine und Kiefer verliehen dem Gesichte die charakteristischen Merkmale des Prognathismus. Im Uebrigen war der ganze Knochenbau rhachitisch, der Körper mangelhaft entwickelt.

Wiewohl beide Brüder die Repräsentanten jener geistig auf der niedrigsten Stufe stehenden Idioten waren, welchen selbst die primitivste Lautsprache zum Ausdrucke ihres beschränkten Vorstellungsinhaltes nicht zu Gebote stand, brachten sie doch in ihrem Verhalten dem Beobachter ein grundverschiedenes Bild entgegen. Die sanfte, liebenswürdige Gemüthsart, die vorzüglich beim Jüngeren durch keinerlei Affectzustände in ihrer Gleichgewichtslage gestört wurde, hatten die Brüder gemein, was wohl auf Rechnung der liebevollen Sorgfalt, welcher sie bei ihren Pflegeeltern theilhaftig wurden, zu bringen ist. Der Aeltere kannte seine Angehörigen ganz genau, trug Mienenspiele, Geberden, seine Freude zur Schau, welche in ihm die Anwesenheit geliebter Personen hervorrief, hatte, wie so viele Idioten, an Münzen, glänzenden Gegenständen, bunten Lappen ein grosses Vergnügen, bezeigte dem Spender solcher Schätze durch Liebkosungen seine Dankbarkeit. Im Gegensatze war beim Jüngern auch nicht die Spur einer Aeusserung zu erkennen, auf Grund welcher man hätte glauben können, die Aussenwelt habe seine Aufmerksamkeit, wenn auch nur in geringem Grade, gefesselt. Hunger verrieth er durch grunzende Töne und Aufsperren der mächtigen, mit grossen Zähnen versehenen Kiefer und es konnte nur die Verabreichung der Nahrung sein sonstiges gleichförmiges Verhalten wieder zu Tage fördern. Den ganzen Tag verblieb er im Bette in sitzender Stellung, machte schaukelnde Bewegungen, hie und da — gewöhnlich nach dem Essen — schlang er die Finger in einander, presste die Brust an die Knie, verzog die Mienen zu einem Grinsen, was wohl seine Zufriedenheit ausdrücken sollte. Die Angehörigen erregten ebensowenig wie jeder Fremde seine Aufmerksamkeit.

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob in den eintönigen, immer mit derselben Regelmässigkeit wiederkehrenden Bewegungen, wie das an den meisten Idioten wahrgenommen wird, nicht eine geheimnissvolle Aeusserung des verkümmerten Geisteslebens vorliegt (Griesinger). Durch die Wahl eines einfachen Erklärungsversuches ist die ganze Erscheinung auf eine sehr plausible Ursache zurückzuführen. Diese Bewegungen, z. B. Schaukeln des Oberkörpers, beständiges Neigen des Kopfes nach rechts und links etc. kommen bei den Idioten nur dann zum Vorschein, wenn sie in einer behaglichen Stimmung sich befinden. Es ist eine bekannte Thatsache (Darwin), dass bei Kindern, bei welchen die hemmende Kraft der Hemisphäre noch nicht mit seiner Mächtig-



keit in Action tritt, mannigfache zwecklose Bewegungen als Ausdruck eines grossen Vergnügens zu Tage treten. Die Idioten nun, mit ihrer geringen Fähigkeit, Erinnerungsbilder zu sammeln, entbehren eine Vielseitigkeit jener organischen Verbindung, welche zwischen den primären oder reproducirten Wahrnehmungen, Empfindungen und den Willkürbewegungen, deren Erreger sie sind, besteht. Es ist demnach einleuchtend, dass ihre Thätigkeitsformen als Emanationen eines aufs Aeusserste beschränkten Erregungsfactors in sehr eintöniger Weise verlaufen werden.

Ein eigenthümliches Verhalten zeigte der Aeltere, wenn ihm ein Unbekannter sich näherte. Erst öffnete er seine Augen in ungewöhnlichem Masse, streckte Arme und Beine starr vor sich hin — so verblieb er eine Weile, endlich nahm sein Gesicht, bis jetzt einen ängstlichen Ausdruck spiegelnd, verzerrte Züge an; er hob seinen Kopf in die Höhe, und schleuderte ihn mit intensiver Vehemenz so lange gegen die Bettkante, bis der Erreger seiner Angst sich entfernte. Dasselbe Bild kam zum Vorschein, wenn man den Versuch machte, ein Leintuch, welches ihn, lose über die Brust geschlungen, ans Bett fesselte, wegzunehmen. Nach Angabe seiner Angehörigen sei er bei seinen Pflegeeltern tagsüber stets auf einem Stuhle gesessen, wobei er mit einem Leintuch an die Lehne befestigt war. Diese Vorsichtsmassregel wurde ergriffen, um der Wiederholung bereits vorgekommener Unfälle zu begegnen. Es ist demzufolge leicht erklärlich, dass die Lösung des Befestigungsmittels, in seinem Vorstellungsleben fest associirt mit dem Erinnerungsbilde des Unfalls, den Impuls für die Auslösung der Angstempfindungen abgab. Dies erwähnte Wüthen gegen sich selbst wird bei heftiger Furcht häufig zum Ausdruck gebracht.

Interessant war das Verhalten der Pupillen, welche sich bei derartigen Anlässen stets erweiterten. Darwin citirt in seinem „Ausdruck der Gemüthsbewegungen" einen Ausspruch Gratiolet's, der zu wiederholten Malen hervorhob, dass bei der Empfindung einer grossen Furcht die Pupillen erweitert werden. Darwin selbst beobachtete es bei einer Geisteskranken. Er glaubt nicht, dass man es hier mit einer Erscheinung zu thun habe, die in ihrer Entstehung eine, mit der Angstempfindung associirte und fixirte Gewohnheit sei, sondern glaubt in einer Erregung des Gehirnes die Ursache dafür suchen zu müssen. Es lässt sich jedoch diese Erscheinung zwangsloser erklären, wenn wir, von dem bekannten Einflusse der Affecte auf das sympathische Nervensystem eingehend, die Erweiterung der Pupille in diesem Falle einer Erregung der *Regio ciliospinalis* zuschreiben. —

In der an diesen Vortrag geknüpften Debatte macht Herr Dr. Pfleger einige aus seinen früheren Beobachtungen an den erwähnten Kranken gewonnene, ergänzende Angaben; Herr Regierungsrath Professor Meynert verweist rücksichtlich einzelner Details, z. B. des Wüthens gegen sich selbst im Affecte des Zornes, auf Analogien innerhalb des Thierlebens und bemerkt zu der erwähnten Falls beobachteten Erweiterung der Pupille im Affecte der Angst, dass die Erklärung dieses Phänomens ihre wesentliche Stütze in Vorgängen findet, denen wir erfahrungsgemäss auch bei den Epileptikern begegnen, wobei augenscheinlich dem Momente der Anämie des Gehirns die Vermittlerrolle zufällt.

Herr Regierungsrath Professor Meynert hält hierauf seinen Vortrag „die Ganglienzelle als Träger der Function der Grosshirnhemisphären"*).

Dr. Fritsch, Secretär.

*) N. 6 „Psych. Centralbl." 1878.



B. Protokoll

der Hauptversammlung vom 28. Mai 1879.

Vorsitzender: Herr Regierungsrath Professor Meynert.

1. Mittheilung des Jahresberichtes über die Vereinsthätigkeit im abgelaufenen Vereinsjahre 1878—79.

In diesem Jahre, dem elften seit der Gründung des Vereines, wurden drei Sitzungen abgehalten, die der Besprechung vorwiegend theoretisch-wissenschaftlicher Fragen gewidmet waren.

Herr Regierungsrath Professor Meynert hielt einen Vortrag, betitelt: „Die Ganglienzelle als functionelles Centrum der Grosshirn-Hemisphären."

Herr Dr. Hollaender brachte casuistische Mittheilungen zur Lehre von der Idiotie.

Beide Vorträge finden sich vollinhaltlich im Vereinsblatte; ausserdem wurden durch dasselbe nachstehende Abhandlungen mitgetheilt: „Ueber die Classification der Geisteskrankheiten" (Dr. Tiling); „Ueber einen Fall von Gesichts-Hallucinationen bei vollständiger Blindheit" (Dr. Kowalewsky), „Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit" (Dr. Fritsch).

Ferner veröffentlichte das Vereinsblatt die dem Andenken Rokitansky's, des am 23. Juli v. J. dahingeschiedenen Ehrenmitgliedes des psychiatrischen Vereines, gewidmete, in der November-Sitzung v. J. gehaltene Rede des Herrn Regierungsrathes Professor Meynert; dann in seinem Wortlaute das durch das Vereinspräsidium dem hohen k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht unterbreitete, die Frage der Nothwendigkeit obligatorischen Unterrichtes in der Psychiatrie betreffende Promemoria des Vereines, endlich eine Reihe, das Anstaltswesen, die Irrenstatistik, literarische Leistungen etc. beleuchtender kritischer Abhandlungen.

Der Verein verlor im verflossenen Jahre aus der Reihe seiner Mitglieder durch Tod: Die Ehrenmitglieder v. Rokitansky, Dr. Roller und Dr. Zeller, das ordentliche Mitglied Dr. Schasching. Als ordentliche Mitglieder wurden in den Verein aufgenommen: Herr Dr. Arnold Pick, Privatdocent für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Prag, Herr Dr. Josef Weiss, prakt. Arzt in Wien. Aus dem Vereine traten aus: Herr Dr. Anton Schlemmer, Herr Dr. Johann Zimmermann.

Zahl der Mitglieder: 61.

2. Rechenschaftsbericht pro 1878—79, mitgetheilt vom Vereinsökonomen Herrn Primararzt Dr. Holler.

A. Einnahmen: Cassarest mit 1877—78	83	fl.	52	kr.
Mitgliederbeiträge . .	270	„	—	„
Abonnementsbeiträge . . .	6	„	—	„
Summe	359	fl.	52	kr.

B. Ausgaben: 18 fl. 80 kr.

Es verbleibt somit in der Vereinscasse ein Betrag von 340 fl. 72 kr., der zum Theil zur Deckung eines aus früheren Jahren herstammenden Deficits für Rechnung des Vereinsblattes verwendet werden wird.

Als Mitgliederbeitrag wird der bisherige Betrag von 5 fl. bestimmt.

Als Rechnungs-Censoren wurden gewählt: Herr Dr. Hinterstoisser und Herr Dr. Hollaender.

3. Vereins-Angelegenheiten. Herr Sanitätsrath Primararzt Dr. Gauster berichtet der Versammlung über die Resultate der mit der Verlagsbuchhandlung



Toeplitz & Deuticke in Wien gepflogenen Unterhandlungen, betreffend die Umgestaltung des bisher vom Vereine herausgegebenen „Psychiatrischen Centralblattes". Die bezüglichen, von der Redaction desselben erzielten, vom Verwaltungsrathe genehmigten Vereinbarungen erhielten die einhellige Zustimmung der Versammlung.

4. Wahl der Functionäre für das Vereinsjahr 1879—80. Es wurden gewählt zum Präsidenten: Herr Regierungsrath Professor Meynert; zum Vicepräsidenten Herr Sanitätsrath Primararzt Dr. Gauster; zum Oekonomen Herr Primararzt Dr. Holler; zu Secretären Herr Dr. Fritsch und Herr Dr. Hollaender; zu Verwaltungsräthen Herr Director Dr. Bresslauer, Herr Bezirksarzt Dr. Effenberger, Herr Obersanitätsrath Professor Hofmann und Herr Polizei-Bezirksarzt Dr. Wimmer.

Herr Regierungsrath Professor Meynert spricht der Versammlung seinen Dank aus für seine Wiederwahl und entwirft hieran anknüpfend in kurzen Zügen ein Bild über die bisherigen Leistungen des Vereines und seine künftigen Aufgaben; er gedenkt hiebei insbesondere der aus der Initiative des Vereines hervorgegangenen Gründung des psychiatrischen Klinik, gibt der Hoffnung Ausdruck, dass auch die jüngst angestrebte Verpflichtung der angehenden Aerzte, psychiatrischen Unterricht zu geniessen, nur mehr eine Frage verhältnissmässig kurzer Zeit sein dürfte, und betont zum Schlusse die Nothwendigkeit inniger Verschmelzung der Thatsachen der Praxis mit echten, erklärenden, allen klinischen Disciplinen gemeinsamen Momenten, auf welchen Standpunkt auch das fernere Streben des Vereines, gefördert von allen Interessenten, erfolgreich sich stützen werde.

Herr Sanitätsrath Primararzt Dr. Gauster dankt ebenfalls für die wieder auf ihn gefallene Wahl zum Vicepräsidenten des Vereines und erörtert in Ergänzung der Worte des Herrn Vorsitzenden die für gedeihliche Lösung der Frage der Irrenstatistik zufallende Aufgabe, so wie sein bisheriges Wirken in derselben, mittheilend, dass Standesbücher für Geisteskranke zur Evidenthaltung der Gemeinden in Kärnten und Steiermark eingeführt, in Niederröstereich angeordnet sind.

Der angekündigte Vortrag des Herrn Regierungsrathes Professor Meynert „Ueber Differential-Diagnose der Psychosen" wird wegen vorgerückter Stunde vertagt.

Dr. Fritsch, Secretär.

Notizen.

Die Massnahmen gegenüber geisteskranken Verbrechern haben bei dem irrenärztlichen Congresse zu Paris im August 1878 eine Erledigung gefunden, der wir nicht beistimmen können, und die auch den im vorjährigen Irrenärztetage zu Wien ausgesprochenen Ansichten widerspricht. Nachstehender Antrag des Rathes am Cassationshofe, Barbier, wurde zum Beschluss erhoben: „In allen Fällen, wo ein Angeklagter auf Grund seines Geisteszustandes in Freiheit gesetzt oder als unzurechnungsfähig freigesprochen wird, soll er durch administrative Verfügung in eine Irrenanstalt gebracht werden. Wird seine Entlassung aus dieser wegen Genesung gefordert, so soll, bevor jene verfügt wird, untersucht werden, ob mit Grund ein Rückfall zu befürchten ist, — durch eine gemischte Commission, die besteht: 1. aus dem Arzte der Anstalt, worin sich der Betreffende befindet; 2. aus dem Präfecten des Departements (oder seinem Delegirten); 3. aus dem General-Procurator des Bezirkes (oder seinem Delegirten). Diese Commission kann, wenn sie es für nöthig hält, andere Irrenärzte hinzuziehen. Ist nach Ansicht der Commission ein Rückfall nicht zu



befürchten, so soll die Entlassung des Betreffenden verfügt werden; anderenfalls wird diese Verfügung verschoben. Die Verschiebung kann über ein Jahr nicht hinausgehen. Am Ende jedes Jahres findet eine neue Untersuchung durch die Commission statt; in der Zwischenzeit wird der Betreffende einer speciellen Beobachtung unterworfen. Dasselbe Verfahren tritt ein, wenn die Entlassung eines Individuums aus der Irrenanstalt gefordert wird, das wegen eines Verbrechens oder Vergehens verurtheilt, aber nachher als geisteskrank erkannt wurde. Personen, die von der Criminal-Justiz in Anklage-Zustand versetzt oder verurtheilt, aber auf Grund ihres Geisteszustandes freigesprochen oder in Freiheit gesetzt wurden, müssen in besonderen Anstalten oder Abtheilungen untergebracht werden." Personen, die im Irrsinn, d. i. im unzurechnungsfähigen Zustande, ein Verbrechen begingen, sollen in besonderen Anstalten für Geisteskranke oder in besonderen Abtheilungen derselben untergebracht werden, gerade wie Jene, die Verbrecher waren und erst später in der Strafhaft geisteskrank wurden. Zwischen Beiden ist aber ein grosser Unterschied vom Standpunkte der heutigen Rechtsbegriffe. Ein Geisteskranker, welcher in seiner Krankheit eine verbrecherische Handlung beging, ist kein Verbrecher, ist und bleibt ein Kranker, ein gemeingefährlicher, der des öffentlichen Schutzes gegen seine krankhaften Handlungen bedarf, aber nicht einer Strafhaft; wenn für einen solchen die Irrenanstalt nicht der entsprechende Aufenthalt wäre, so müssten auch in Irrenanstalten befindliche Geisteskranke, welche dort ein Verbrechen begehen, aus der Anstalt entfernt und in eigene Asyle oder eigene Abtheilungen für derartige Kranke, welche eine bei Gesunden als strafbar bezeichnete Handlung begingen, gebracht werden. Der Standpunkt des öffentlichen Rechtes gegenüber solchen Personen darf logischer Weise kein verschiedener sein. Der richtige Standpunkt kann aber nur der oben bezeichnete sein: hier ist ein gefährlicher Geisteskranker, dieser kann nicht in der Aussenwelt belassen werden, er muss daher in eine Anstalt gebracht werden, nicht durch einen Strafrichterspruch, wie es die französische Gesetzgebung verlangte, sondern durch die Sicherheitsbehörde auf Grund derselben Nachweise, wie jeder andere als gemeinschädlich erkannte Geisteskranke. Ebenso ist vollständig ungerechtfertigt, dass den Ausspruch über Entlassung nach Gesunderklärung eine Commission fällt, die besonders zu diesem Zwecke aus nicht ärztlichen Beamten unter Zuziehung des Irrenarztes zusammengesetzt wird. Es kann hier wieder nur die Frage zu beantworten sein: ist der Betreffende genesen oder nicht, und das können nur Aerzte entscheiden. Um in dieser Richtung im Interesse der öffentlichen oder privaten Sicherheit mit möglichster Vorsicht vorzugehen, könnte höchstens verlangt werden, dass eine fachärztliche Commission nach eingehender Untersuchung die Dauer versprechende Genesung constatiren müsse. Dann darf es nicht vom Urtheil einer Behörde weiter abhängen, ob der Genesene zu entlassen ist; für Irrenanstalten muss oberster Grundsatz bleiben, dass ein Geistesgesunder nicht Pflegling einer solchen Anstalt sein darf. Was die eigenen Asyle für solche Geisteskranken, die erst in der Strafhaft geisteskrank wurden, betrifft, so sind die Ansichten getheilt. Manche Irrenärzte finden keinen Anstand, sie in gewöhnliche Irrenanstalten aufzunehmen; andere sind entschieden gegen die Aufnahme. Je freier die Behandlung in den Irrenasylen wird, desto weniger eignen sich geisteskrank gewordene Sträflinge zur Behandlung in diesen Anstalten; diese Kranken wirken auch auf andere Kranke ungünstig ein in mannigfacher Hinsicht; die Pflege in einer Anstalt ist für diese Personen nicht einmal vortheilhaft, da sie, gebessert, manche Freiheit nicht geniessen dürfen, welche man anderen Kranken gewähren kann. Für Krankheiten anderer Art sorgt man durch Krankenabtheilungen im Gefängnisse; diese sendet man nicht den Krankenhäusern zu. Warum macht man bei Geisteskranken Ausnahme? Der Einwurf, dass man zweckdienliche Irrenabtheilungen mit Fachärzten nicht bei jedem Gefängnisse haben kann, ist sachfällig; man kann sie wenigstens bei einzelnen grösseren Gefängnissen haben. Der Transport der Kranken dorthin macht gegenüber dem Transport in die Irrenanstalten keinen wesentlichen Unterschied; und wenigstens wird in grossen Gefängnissen, in welchen man eigene Abtheilungen für Irrenpflege hat, der geisteskrank gewordene Sträfling rascher in für seine Gesundung oder wenigstens entsprechende Pflege zweckmässigere Verhältnisse kommen, als dies der Fall ist, wenn man ihn in eine Irrenanstalt abgeben muss. G.

Ueber die Vererbung von Geisteskrankheiten nach den Beobachtungen in preussischen Irren-Anstalten. Ueber einen viel erörterten und wichtigen Gegenstand der Psychiatrie, die Vererbung von Geisteskrankheiten, wurden Erhebungen in grösserem Umfange in Preussen versucht, indem die Statistik der Irren-Anstalten daselbst auch darüber Auskunft verlangt, ob in der Familie, insbesondere bei den Eltern der Erkrankten, Störungen oder abnorme Zustände des Geistes zu Tage getreten sind. Unter den



22.778 Personen, welche 1877 in preussischen Irren-Anstalten verpflegt worden sind, waren 3339 oder 14·66 Percent, bei denen auf jene Frage die Auskunft „unbekannt" oder „zweifelhaft" ertheilt wurde. Für 8763 Kranke oder 38·47 Percent der Verpflegten sind keine Angaben über die Erblichkeit gemacht. So bleiben noch 10.676 Personen oder 46·87 Percent, bei denen diese entweder verneint oder festgestellt wurde; und zwar geschah das Erstere für 4307 oder 18·91 Percent, das Letztere für 6369 oder 27·96 Percent der Gesammtzahl. Obgleich daher die unternommene Erhebung noch nicht zu vollständig befriedigenden Ergebnissen geführt hat, so ist doch die Zahl der Fälle, in denen die Erblichkeit der Geisteskrankheit behauptet wird, eine so bedeutende, dass es der Mühe lohnt, dieselbe noch weiter zu zergliedern. In folgender Uebersicht ist das geschehen; es waren der Geisteskranken, für die festgestellt wurden:

	bei Eltern		bei Geschwistern der Eltern u. Grosseltern		bei Geschwistern	
	überhaupt	von 100·00	überhaupt	von 100·00	überhaupt	von 100·00
Geisteskrankheit	1959	59·76	1303	85·84	1198	76·16
Nervenkrankheit	408	12·45	103	6·79	217	13·79
Trunksucht	613	18·70	48	3·16	53	3·37
Selbstmord	57	1·74	41	2·70	37	2·35
Verbrechen	33	1·01	2	0·13	10	0·64
Auffallende Charaktere und Talente	208	6·34	21	1·38	58	3·69
zusammen	3278	100·00	1518	100·00	1573	100·00

Von allen Kranken, bei denen Erblichkeit behauptet wird, bilden also diejenigen, an deren Eltern abnorme Erscheinungen beoachtet wurden, 51·47 Percent; diejenigen, wo sich dieselben bei den Geschwistern der Eltern und Grosseltern gezeigt haben, 23·83 Percent, und die, bei deren Geschwistern dies der Fall gewesen war, 24·70 Percent. Bei der Beurtheilung dieser und der vorhin mitgetheilten Zahlen ist aber wohl zu beachten, dass die Geisteskrankheit und ähnliche Erscheinungen in der Familie um so eher der Beobachtung entgehen werden, je entfernter die Verwandtschaft und je leichter die Form der Krankheit selbst war.

Die erbliche Anlage als Krankheitsursache ist in der Statistik des Sanitätswesens Oesterreichs (Cisleithanien), welche von der k. k. statistischen Central-Commission für 1874 im abgelaufenen Jahre herausgegeben und vom Rechnungsrathe Herrn Killiches zusammengestellt wurde, in nachstehender Weise ausgewiesen: Im Ganzen waren 1874 5632 Kranke in den Irrenanstalten Oesterreichs mit Ausnahme Dalmatiens, welches übrigens keine eigentliche Irrenanstalt hat, in Pflege. Bei 952 ward die erbliche Anlage als Krankheitsursache angegeben, also nahe 17 Percent. Dieselbe erschien unter den bestimmbaren Ursachen mit dem stärksten Percent vertreten. Nachfolgend sei eine Uebersicht der Krankheitsursachen gegeben:

Angebliche Geistesschwäche . . .	0·6	Marasmus	1·4
Uebermässige Geistesanstrengung .	1·1	Erbliche Anlage	16·9
Deprimirende Affecte	13·7	Exaltirende Affecte	2·5
Excedirender Geschlechtstrieb . .	5·0	Trunksucht	8·3
Traumatische Einwirkung	3·7	Entwicklungsstörung im Kindesalter	0·02
Chronische und angeborene Hirnleiden	7·1	Acute Hirnleiden	1·4
Neurose und sonstige Nervenkrankheiten	4·5	Epilepsie	1·1
Puerperale Störung	1·7	Anämie und Dyskrasie	1·1
Tuberculose	0·4	Menstrualstörung	1·8
		Herzfehler	0·8

Alles Uebrige fällt zum kleinen Bruchtheile auf „sonstige Krankheiten" oder ist in fast $1/4$ der Fälle unbestimmbar. Es ist hier nicht der Ort, um kritisch über diese Eintheilung der Krankheitsursachen sich auszusprechen. Das „Psychiatrische Centralblatt" hat wiederholt sich über die vorgeschriebenen Tabellen zur Nachweisung der statistischen Verhältnisse der Geisteskranken ausgesprochen und in der gedachten Zusammenstellung, die von höchst achtenswerthem Bienenfleisse und grossem Eifer zeigt, macht sich der Fehler unserer amtlichen Satistik recht deutlich merklich, dass die Leitung solcher Zusammenstellungen nicht in die Hand eines ärztlichen, für diese Zwecke insbesonders irrenärztlichen Fachmannes gelegt wird. Es lässt sich selbst bei zweckmässiger Eintheilung das ätiologische Moment bei Geistesstörungen nicht in genaue percentuelle Abwägung unter einander bringen, denn in grosser Zahl von Fällen ist nicht blos Eine Krankheitsursache vorhanden gewesen, sondern ist das der Psy-

chose zu Grunde liegende Gehirnleiden einem Zusammentreffen mehrerer zuzuschreiben. Wir wollen hierüber und die Methode der statistischen Werthschätzung dieser Momente ein andermal uns aussprechen; wir können eigentlich nur sagen, aus diesen Nachweisungen geht hervor, dass die örtliche Anlage unter 5·9 in Anstalten befindlichen Kranken einmal als Krankheitsursache gefunden wurde. Eine hieher zielende Erhebung über die im Jahre 1874 ausser Anstalten ausgewiesenen 13.259 Geisteskranken liegt nicht vor, ist auch nicht möglich, ausser bei einer in so grossem Gebiete kaum durchführbaren Detailforschung.

Die Zahl der Geisteskranken in Oesterreich (Cisleithanien)*) mit Ausschluss Dalmatiens, war im Jahre 1874:

Kranke ausser Irrenanstalten	7.258	Männer	+	6001	Frauen	=	13.259
Kranke in Anstalten	4.035	„	+	3506	„	=	7.541
also sind im Ganzen:	11.293	Männer	+	9507	Frauen	=	20.800

Geisteskranke ausgewiesen. Nach der Zählung von 1869 war in den betreffenden Kronländern eine Bevölkerung von 19,774.735 Einwohnern; es kam demnach Ein Geisteskranker auf 951 Einwohner oder auf 100.000 Einwohner kamen 105 Geisteskranke. Dass hiebei sehr viele Kranke nicht ausgewiesen sind, ersieht man aus den nachstehenden Zahlen. Rechnungsrath Killiches berechnet folgende Verhältnisse auf 100.000 Einwohner in den einzelnen Kronländern:

	in Anstalten	ausser Anstalten
Salzburg	88	198
Niederösterreich	68	55**)
Oberösterreich	51	102
Tirol und Vorarlberg	51	258
Kärnten	45	108
Krain	44	96
Böhmen	42	78
Steiermark	41	115
Mähren	37	48
Küstenland	26	172
Schlesien	20	61
Galizien	14	34
Bukowina	4	67

Diese Zahlen beweisen deutlich, wie unvollständig sie sind, was jene ausser Anstalten betrifft. Von Niederösterreich ganz abgesehen, wo die Reichshauptstadt noch nicht dazu kam, ihrer gesetzlichen Pflicht der Evidenthaltung der Geisteskranken, die sich ausser Anstalten befinden, nachzukommen, was freilich grosse Schwierigkeiten verursachen würde, sehen wir z. B. auf Mähren; dieses Land soll viel weniger Geisteskranke ausser Anstalten haben als das viel kleinere Schlesien; das grosse Böhmen mit seinen vielen Gelegenheitsursachen zu Psychosen hat weniger als Krain und als Kärnten u. s. w. Tirol allein nähert sich den genaueren Zählungen anderer Länder, und hat beiläufig Einen Geisteskranken auf 330 Einwohner. Diese Zahlen haben daher für administrative Zwecke noch sehr wenig und für wissenschaftliche keinen Werth; mögen sie nur nicht zur Selbsttäuschung der mit der Irrenfürsorge betrauten Verwaltungskörper dienen! In Niederösterreich hat man endlich die von uns schon seit längerer Zeit lebhaft befürworteten Standesbücher zur Evidenthaltung der Irren in den Gemeinden angeordnet. In Steiermark und Kärnten bestehen sie schon, in ersterem Lande zuerst, wo Director Hussa lebhaft für Sanitätsstatistik wirkt.

Die vierte Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte fand am 17. und 18. Mai in Heidelberg statt, und zwar im Hörsaale der dort neuerbauten psychiatrischen Klinik, deren Vorstand Fürstner ist. Wir wollen aus diesen Verhandlungen das der Psychiatrie Zunächstliegende mittheilen. Pr. Jolly sprach über den von Dr. Bastelberger erfundenen Apparat zur Untersuchung der Druckempfindung der Haut. Dasselbe misst die Druckempfindlichkeit durch die Wellen einer in einen elastischen Schlauch eingeschlossenen Flüssigkeit. Den Druck auf den Schlauch übt mittelst einer Pelote eine mit beliebiger Zahl von Gewichten beschwerte Schale einer Wage aus. Der Schlauch trägt an seinem vorderen Ende, das an der Untersuchungsstelle angebracht wird, einen dehnbaren fingerförmigen Ansatz aus Kautschuk und ein mit einem Kautschukhäutchen verschlos-

*) „Statistik des Sanitätswesens 1874" von Killiches.

**) Wien lieferte keine Nachweisung.

senes Seitenrohr, das die im Schlauche vorhandene Spannung zeigt. Am hinteren Ende ist ein Stempel, der die Höhle des Schlauches vergrössern oder verkleinern kann. Die mit diesem Apparate durchgeführten Versuche bestätigten den Satz von Goltz, dass der Drucksinn dem Ortssinne parallel ist, mit Ausnahme der Zungenspitze, die sehr geringen Drucksinn besitzt. Der Drucksinn soll mit diesem Apparate sicherer und rascher gemessen werden. — v. Hesse aus Darmstadt demonstrirte einen Fall von Hystero-Epilepsie mit Hemianästhesie bei einer 19jährigen Fabriksarbeiterin, die seit 1876 von den hystero-epileptischen Krämpfen befallen war. Hypertrophie der Vaginal-Portion, Rückwärtsbeugung des uterus und vollständige Hemianästhesie, ohne Lähmung, ohne Geschmacks- und Geruchsstörung; rechts Gehör und Farbensinn schwächer, links Farbensinn erhöht. Die rechte Seite war schmerzunempfindlich, die linke empfindlich. Nach Anlegung eines Magnetes an den rechten Vorderarm zeigte sich nach fünf Minuten die Sensibilität ganz normal, links nicht erhöht. — Rumpf aus Düsseldorf hat zur Untersuchung des Transfert bei Gesunden die metallotherapeutischen Versuche angestellt. Erwärmte Metallplatten wirkten ähnlich wie Senfspiritus, welcher auf den einen Arm eingerieben, dessen Sensibilität erheblich erhöhte, während die des anderen sank. Bald darnach trat das Umgekehrte ein, und erst nach einigen Schwankungen trat normale Empfindlichkeit ein. Abgekühlte Metallplatten und warmes Wasser setzten die Empfindlichkeit der gleichnamigen Seite herab. Rieb er beide Arme mit Senfspiritus ein, so war beiderseits Erhöhung der Sensibilität wahrnehmbar. R. meint, dass jede einseitige Erhöhung der Sensibilität mit deren Verminderung auf der anderen Seite verbunden sei, und dass einseitige Störungen sich erst nach Schwankungen zwischen beiden Seiten ausgleichen; den Grund sucht er in den Schwankungen der Füllung der Blutgefässe in den Centralorganen, welche die Empfindung vermitteln. — Fürstner fand bei zwei jungen Hunden, denen er mehrere Wochen früher dem linken Augapfel exstirpirt hatte, jene Stelle der rechten Hemisphärenrinde, die dem Sehcentrum Ferrier's entspricht, atrophisch, links dieselbe Stelle normal. — Dr. Czerny aus Heidelberg, welcher über Nervenresection und Nervendehnung sprach, erzählte einen Fall von letzterer bei einem 37jährigen Epileptiker, welcher eine im Nervus ulnaris localisirte Aura hatte. Es konnte keine Besserung des Zustandes constatirt werden. Dr. Feldbausch aus Heidelberg demonstrirte ein microcephales Kind, das 2 Jahre 7 Monate alt und 5000 Gramme schwer war, dessen Vorderkopf besonders klein, dessen Sinne thätig sind, welches aber an vollem Intelligenzmangel leidet. Bei den verschiedenartigsten Reizen der Haut tritt Muskelstarre ein, erschwertes, schnarchendes Athmen, was sich erst allgemach verliert. — Dr. Emminghaus aus Würzburg beschrieb einen Fall progressiver Paralyse ohne Grössenwahn. Der Fall reiht sich in die hypochondrische Form, in nicht ganz normalem Verlaufe, namentlich nach Alkohol-Uebergenuss traten rasch motorische Sprachstörung und Aphesie ein; starke Schlafsucht bei Tag, Ortssinn sehr herabgesetzt; es waren keine stärkeren Aufregungen, keine Hallucinationen, keine Grössen-Ideen beobachtet. Die Section ergab diffuse Rindenerkrankung des Vorderhirns, syphilitische schwartige Meningitis am Vorderhirn und den Centralwindungen. E. bezeichnete nach seinen Beobachtungen als hauptsächliche Symptome der Erkrankungen des Vorderhirns: Hypochondrie, Intelligenzdefect und Schlafsucht. — Für 1880 wurde Baden-Baden zum Versammlungsorte erwählt.

Die **Naturforscherversammlung 1879** in Baden-Baden wird eine Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten haben. Erb, Jolly, Westphal haben in einer Einladung zu Vorträgen aufgefordert, welche bis 30. Juni d. J. bei der Geschäftsführung der Naturforscher-Versammlung angemeldet werden sollen.

Briefkasten der Redaction.

Herrn Director Prof. v. Kr. E. Graz. Herzlichen Dank Ihnen und Collegen S. den wir um Einsendung bis längstens 15. Juli ersuchen.

Herrn Docent D. A. P. Prag. Freundlichsten Dank; für das Ersuchte wäre 1876, 1877, 1878 erwünscht.

Herrn Dr. R., Strafhausarzt; Lepoglava. Das Gewünschte folgt bald. Die Verzögerung ist in der Ansprache an unsere Leser motivirt. Collegialen Gruss; vielleicht erhalten wir Mittheilungen von Ihnen?

Herausgeber: **M. Gauster** und **Th. Meynert**. Verlag von **Toeplitz & Deuticke**.
K. k. Hofbuchdruckerei **Carl Fromme** in Wien.



Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung

von

Theodor Meynert.

Das Studium der psychischen Erkrankungen hat einen breiten statistischen Weg eingeschlagen, auf welchem Manche offenbar für die Erkenntniss, die im tieferen Studium der einzelnen Kranken heute noch aussteht, mehr als möglich entschädigt zu werden glauben. Die Statistik kann sich eben auf die Zergliederung der Erscheinungen nicht einlassen. Berechnungen unterziehen lässt sich Alles, was überhaupt eine Benennung hat. Die Berechnung mag sich aber die allergrössten Zahlen benannter Dinge unterwerfen und darin fortschreiten, über die Natur ihrer Grössen belehrt sie uns niemals, und ob unter einem Namen, mit welchem sie rechnet, Zusammengehöriges mit einem scharfen, oder das Verschiedenartigste mit dem stumpfsten Ausdruck belegt wird, die Statistik wird sich dadurch nicht beirrt fühlen. Ich kann mich z. B. durch die Aufschlüsse, welche die Statistik über die Breite der Erblichkeit gibt, durchaus für die Anwendung auf den einzelnen Fall nicht befriedigt fühlen. Das Wort „Vererbung" in seiner Allgemeinheit sagt uns durchaus nicht, was vererbt wurde. Ja, die Beziehung, die wir so selbstverständlich zu finden glauben, dass das Object der anomalen Vererbung seinen Sitz im Gehirne haben müsse, ist vielleicht nicht einmal für die entschiedene Mehrzahl von Fällen sicher. Wenn wir eine Frau in zwei nacheinander folgenden Ehen Kinder gebären sehen, welche zum Theil früh unter eclamptischen Anfällen sterben, zum Theil in der jugendlichen Lebensperiode, der wir das Hervortreten erblicher Geisteskrankheit mit berechtigter Vorliebe zuschreiben, eine sogenannte allgemeine Neurose oder eine sichere Hemisphärenerkrankung zeigen, so wird gewiss kein Psychiater zweifeln, dass hier eine Veranlagung zur Erkrankung von der Mutter übertragen worden. Es sei selbst zugegeben, diese Mutter zeige selber die traditionellen Zeichen einer Veranlagung. Dennoch wäre es ein noch immer oberflächliches Urtheil, die Vererbung einer Gehirnaffection der Mutter auf die cerebral erkrankten Kinder hier anzunehmen. Die cerebrale Erkrankung kann sich, sie muss sich aber nicht auf ihre Kinder vererben. Die Organisation der Mutter könnte bei den gleichen Folgen für ihre Descendenz tadellos sein, sowie die der Väter. Wir wissen aber von den Züchtungen der Hausthiere aus, dass ein kleines Mutterthier nicht von einem sehr grossen Männchen belegt werden darf, ohne dass der Geburt des Kopfes schwere Hindernisse entgegenstehen. Die Grösse des Kindskopfes kann bei Uebertragung der väterlichen Organisation von der Körpergrösse des Vaters bedingt sein, weil die Schädelgrösse mit der Körperhöhe nach Welker,



Langer u. A., wenn auch nicht proportional, wächst. Schon Welker gibt auch an, dass die Schädel der grossen Männer länger, dolichokephaler werden, was die Verhältnisse grosser Schädel von Neugebornen zu den Beckendurchmessern noch schwieriger machen könnte. Wir können also, nachdem die Statistik über die Erblichkeit von Geisteskrankheiten gar keine, die Körpergrösse von Mutter und Vater betreffenden Cautelen in Betracht zieht, durchaus nicht ablehnen, dass der Anschein der Vererbung verträglich ist mit dem vollkommenen Fehlen von Organisationsfehlern des Gehirns, des Schädels, oder der elterlichen Organismen überhaupt, es ist vielmehr die blosse Scheinbarkeit von erblicher Ursache als eine Einschränkung derselben mit Bestimmtheit anzunehmen.

Das Beispiel vom Missverhältniss des normalen Beckens einer kleineren Frau zu der normalen Schädelgrösse des Mannes wird im Verlauf dieser Darstellung sich noch als ziemlich schlagend erweisen durch die Würdigung der Folgen gestörten Beckendurchtrittes für Schädel und Gehirn Neugeborner, über welche Zuckerkandl höchst belehrende Schädelbefunde veröffentlichte. Derselbe Autor hat auch abnorme Formen der Schädel unterschieden, welche auf foetale Gehirnerkrankungen in ihrem Ursprung zurückzuführen sind, von solchen, welche auf Missverhältnisse im mütterlichen Becken zurückzuführen sind. Es bedarf solcher Hinweise für uns kaum, um zu wissen, dass von den psychiatrischen Autoren das Studium der wissenschaftlichen Kraniologie noch sehr wenig betrieben wurde. Und doch ist hier für die Frage nach den Veranlagungen zweifellos eine tiefere Basis zu suchen und zu finden, als wir mit der heutigen nebelhaften Anschauung über die Erblichkeit erreichen können, so lange deren Natur grossentheils ein mystischer Begriff ist.

Durch die Güte des Herrn Prosectors Dr. Emil Zuckerkandl vermag ich einen Beitrag zur Kenntniss der Irrenschädel zu geben, für welchen ich eigenes Verdienst wenig in Anspruch nehmen kann, weil die Messungen und Capacitätsbestimmungen, die Bemerkungen über Characteristica und Pathologica an den Schädeln und werthvolle Mittheilungen von Ansichten darüber nur Zuckerkandl's Verdienst sind. Wenn ich hiezu bemerke, dass ich doch auch Selbstständigkeit in der Bearbeitung des gegebenen Stoffes aufgewendet habe, so bemerke ich dies zumeist deshalb, um den Hauptarbeiter nicht irrthümlicherweise für das verantwortlich machen zu lassen, was von meiner Seite stammt. Die 128 Schädel von Irren, welche die beistehende Tabelle I evident macht, wurden in einer Zeit den Leichen der ehemaligen Wiener Irrenanstalt, des Irrenthurmes im Allgemeinen Krankenhause, entnommen, wo die Anlegung einer solchen Schädelsammlung in Wien noch viel leichter war als in heutiger Zeit. Es bestanden damals die Leichenvereine noch nicht, welche auch ganz armen Leuten ein Begräbniss besorgen. Heute kann wegen der Begräbnisse das Kunststück, der Leiche furtim ihren Schädel zu entnehmen, doch nur in sehr ausnahmsweisen Fällen durchgeführt werden. Die Schädel waren im Museum Rokitansky's bewahrt, welcher aus hohem Interesse für ernsthafte Psychiatrie Herrn Zuckerkandl anregte, sie zu studiren. Ich kenne diese Schädel nicht aus eigener Anschauung, und heute herrschen Verhältnisse, welche es mir nicht leicht beikommen lassen, diese Anschauung aufzusuchen. Doch muss ich mich vor der Oberflächlichkeit verwahren, als hätte ich es gewagt, auf Basis der ausgezeichneten Unterstützung Zuckerkandl's und blos auf Masse hin einen Versuch kraniologischen Inhaltes zu wagen, ohne *mutatis mutandis* die Schädelformen zu kennen, welche



Objecte der vorstehenden Tabelle sind. Zu dieser Kenntniss bietet sich mir ein erfolgreicher Umweg in der reichen, wegen der tiefen kraniologischen Meisterschaft des Herrn Hofrathes Langer fortdauernd emsig erweiterten Schädelsammlung seines Museums für descriptive Anatomie. Dieses Museum eröffnet sich jedem Studium nicht nur unter annehmbaren Formen der Urbanität, sondern mit dem werthvollsten unterstützenden Eifer seines Vorstandes, sein Museum wissenschaftlich nutzbar zu machen. Mein Dank dafür wird ihm wohl so selbstverständlich erscheinen, dass es breiter Worte nicht bedarf. Die Reichhaltigkeit dieser Schädelsammlung wird durch einen zugleich descriptiven Katalog, der Herrn Docenten Zuckerkandl beschäftigt, der wissenschaftlichen Welt eröffnet werden. Hier sind alle abnormen, beziehungsweise pathologischen Formen theils als solche geordnet, theils auch unter der Menge der zur Zeit nach Racen geordneten Schädel mit enthalten. Es finden sich dort mehr als genügend die Duplicate oder Pendants zu den an den Irrenschädeln von Zuckerkandl bemerkten Formen. Sie bieten ein Studium, dessen Anziehungskraft für die Psychiatrie dadurch nicht verringert werden kann, dass nur ein kleiner Theil der Schädel Irren angehört hat. Wir werden wohl nie aus einer Schädelform eine Prognose auf unausbleiblichen Irrsinn schöpfen. Aber soweit wir die pathologische Genesis bestimmter Schädelformen erkennen und ihre unabweislichen Beziehungen zu Beleidigungen oder Ernährungsstörungen des Gehirns, soweit müssen wir anerkennen, dass auch hier für die Lehre von den Veranlagungen ein exacter Studienstoff vorliege. Die Kraniologie ist wohl der höchsten Ausbildung als morphologisches Studium fähig, und bewanderte Kenner denken an eine künftige so durchsichtige Harmonie dieser Lehre, dass noch einmal jeder Theil des Kopfskelettes, mindest der einzelne Schädelknochen Schlüsse auf die ganze Form gestatten werde. Ich aber muss vor Allem gestehen, dass ich noch in den Lehrjahren dieses fesselnden Gegenstandes stehe. Dies wird mich bestimmen, die Grenzen, innerhalb welcher ich meinen Blick für die Anschauung der Schädelformen für geschult halten darf, im Nachfolgenden nicht zu überschreiten. Die anhaftende Unvollkommenheit oder Unentwickeltheit des persönlichen Talentes, in Formen heimisch zu sein, deren Bewältigung nicht weniger als ein langes Einleben des Blickes bedarf, wird es genügend begründen, wenn ich der Literatur keine eingehendere Benützung zuwenden kann. Um selbstständig schauen zu lernen, ist es nöthig, in gewissem Grade nicht voreingenommen zu sein und die Objecte ein wenig, wie auf einer *Tabula rasa* des Wissens stehend, zu betrachten. Viele Leser dieser Blätter würde ich durch Nebeneinanderstellung hauptsächlich der in der Literatur enthaltenen ungleichen Methodik auch wohl mehr verwirren als sie mit mir in den Gegenstand einführen. Ich habe aus diesen Gründen auch nur eine Grundlage der Vergleichung für das Verständniss der Schädeltabelle ausgewählt, nämlich die „Untersuchungen über Bau und Wachsthum des menschlichen Schädels von Welker" (Leipzig 1862).

Die Masse, welche Zuckerkandl den Irrenschädeln entnommen hat, umfassen nur einen Theil der von Welker am Schädel abgemessenen Grössen, wahrscheinlich zum Theil aus Gründen ähnlicher Natur, wie jene, die mich nicht die Anschauung dieser Irrenschädel selbst aufsuchen liessen.



Zahl	Inhalt	Horizontal-umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L :H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
					Männer						
1	1115	476	93	169	120	122	113	94	71·5	72·1	55·0
2	1195	501	103	170	141	112	114	101	82·3	65·8	60·5
3	1216	500	111	180	129	122	110	102	71·1	67·7	61·6
4	1225	495	104	166	138	131	113	104	83·1	78·9	62·6
5	1280	503	103	168	140	131	130	104	83·3	77·9	61·3
6	1295	508	112	174	139	130	120	104	79·8	74·7	64·3
7	1295	510	81·3	174	151	103	122	102	86·7	61·3	46·7
8	1310	—	103	181	123	131	114	104	67·9	72·3	56·9
9	1315	505	111	170	144	131	120	110	84·7	77·0	65·2
10	1335	500	94	166	122	122	114	111	73·4	73·4	56·6
11	1335	525	103	186	141	121	112	104	75·8	65·0	55·3

Anmerkung.

Nannocephalus, der typischen Hinduform gleichendes Cranium. (Nahtverhalten normal.)

Flachgedrücktes Cranium mit tiefen Gruben im Stirnbeine und darin sitzende Knochengewächse. (Nahtverhalten normal.)

Cranium hyperostotisch. Gerademaul. (Nahtverhalten normal.)

Cranium sehr dick, ostcoporotisch mit ausgebreiteten Ostheophytenlager am Gewölbe und der Basis. (Nahtverhalten normal.)

Religiöser Wahnsinn. Hochgradiger Hydrocephalus. Nach Wegnahme der Gehirnhäute auf der Hirnoberfläche ein sulzartiger Schleim vorhanden. Sehr breite, flache, rückfliegende Stirnbeine. Scheitelbeine vom Scheitel -- auf das vordere Drittel der Suttura parietalis fallend — steil absteigend. (Nahtverhalten normal.)

Religiöse Manie. Hyperostotisches Cranium mit sehr zahlreichen Pachionischen Gruben und einer linsengrossen Knochenauftreibung aussen am Stirnbeine. (Nahtverhalten normal.)

Hydrocephalus. Das Cranium ist hyperostotisch, median in der Stirnbeingegend 15 Millim. dick und ferner wie vom Gewölbe her flach gedrückt. Die Augenbrauenbogen treten mächtig vor, was auf weite Stirnhöhlen schliessen lässt. Der Unterkiefer zeigt ein mikrognathes Verhalten; sein Mittelstück ist jederseits blos 74 Millim. lang und die Verschmelzung mit den aufsteigenden Fortsätzen rechtwinklig. In Folge dieser Abnormität berühren sich blos die Mahl- und Backenzähne, während die Schneide- und Eckzähne des Unterkiefers 12 Millim. hinter dem oberen Zahnbogen stehen. (Nahtverhalten normal.)

Asymmetrisches (linkseitig) hyperostotisches Cranium mit linkerseits tiefer liegendem Orbitaldache. (Nahtverhalten normal.)

Linkes Orbitaldach tiefer liegend; Pachionische Gruben am Gewölbe und der Basis, in einer Grube am Stirnbeine findet sich eine kolbige Knochenmasse (Verknöcherung von Pachionischen Granulationen). (Nahtverhalten normal.)

Osteoporotisches Cranium mit flachen rückfliegenden Stirnbeinen, sehr gewölbten Scheitelbeinen und einer eingesunkenen Stirnfontanellengegend. (Nahtverhalten normal).

28 Jahre alt. Erklärte sich für einen Sünder, wollte in die Donau springen, spürte im weiteren Verlaufe seiner Krankheit Schmerzen in der linken Kopfhälfte. Section. Viel Wasser in den Hirnhöhlen. Beide Seepferdefüsse verwachsen. Gehirn ungewöhnlich weich. Die eine Halbkugel grösser als die andere. Cranium asymmetrisch (linkseitig) wie vom Gewölbe her flach gedrückt. Zahlreiche ausgebreitete reticulirte Osteophyten am Schädelgrunde. Gerademaul. Die Impressiones digital. allenthalben schärfer ausgeprägt. Die Stirnhöhlen sehr weit. (Nahtverhalten normal.)



Zahl	Inhalt	Horizontal-umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
12	1345	505	100	175	134	130	114	106	76·5	74·2	57·1
13	1345	—	102	173	140	122	123	104	80·9	70·5	72·8
14	1360	513	110	175	145	121	120	104	82·8	69·1	62·8
15	1365	502	96	172	140	132	121	96	80·8	76·7	55·8
16	1370	508	102	167	131	133	122	93	78·4	79·6	61·0
17	1380	510	102	173	145	124	120	104	83·8	71·8	58·9
18	1380	535	102	183	148	131	124	104	80·8	71·5	55·7
19	1380	510	110	172	143	133	114	102	83·1	77·3	63·9
20	1385	509	100	174	145	128	120	101	83·3	73·5	57·4
21	1390	543	112	184	136	131	114	112	73·9	71·1	60·8
22	1390	520	110	175	151	121	122	113	86·2	69·1	62·8
23	1390	530	111	182	144	121	121	111	79·1	66·4	60·9
24	1390	520	102	183	138	124	114	94	75·4	67·7	55·7
25	1400	510	112	180	141	134	112	94	78·3	74·4	62·2
26	1405	514	100	169	152	123	121	110	89·9	72·7	59·1
27	1410	510	93	172	146	131	122	101	84·3	76·1	54·0
28	1415	535	114	183	151	132	123	114	82·5	72·1	62·2
29	1430	—	102	180	131	120	122	100	72·7	66·6	56·6
30	1430	506	103	169	146	122	123	103	86·3	72·1	60·9
31	1430	507	103	196	148	122	123	103	80·4	62·2	52·5
32	1430	—	103	170	133	113	114	102	78·2	66·4	60·5

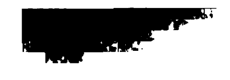
Anmerkung.

Hydrocephalus. Rechtes Orbitaldach tiefer liegend. (Nahtverhalten normal.)
Hyperostotisches Cranium. (Nahtverhalten normal.)
Hochgradig asymmetrisches (rechtseitig) Cranium. (Nahtverh. normal.)
Hydrocephalus. (Nahtverhalten normal.)
Südslavischer Typus. Rundliche Knochenauftreibungen der Oberfläche. (Nahtverhalten normal.)
Dichte Osteophytenlagen an der Basis. (Nahtverhalten normal.)
Hyperostotisches Cranium mit Schaltknochen der Lambda-Naht und entsprechend den ehemaligen Seitenfontanellen. (Nahtverhalten normal.)
Hohen Grades asymmetrisch (linkseitig) (Nahtverhalten normal.)
— — —
— — —
Linkes Orbitaldach tiefer liegend. Ein Schaltknochen in der Kronnaht. (Nahtverhalten normal.)
Stirnnahtschädel mit tiefer stehendem rechten Orbitaldache. (Nahtverhalten normal.)
Mit Schaltknochen der Lambda-Naht und der Stirnfontanelle. (Nahtverhalten normal.)
— — —
Cranium geringen Grades asymmetrisch (linkseitig). Einzelne Schaltknochen in der Lambda-Naht. (Nahtverhalten normal.)
Intermeningeale Apoplexie. Asymmetrisches Cranium (rechtseitig). (Nahtverhalten normal.)
— — —
Cranium hochgradig asymmetrisch (linkseitig). Stirnbein und Occiput stark gewölbt, und zwar die Gegend der ehemaligen Stirnfontanelle etwas eingedrückt. Die Crista galli auf das rechte tiefer gelegene Orbitaldach gelagert. Hochgradiger Hydrocephalus. (Nahtverhalten normal.)
Hydrocephal geformtes, asymmetrisches (linkseitig) Cranium, mit gegen das Cavum cranii gedrückter Basis und einer knöchernen, kolbigen, porösen Masse (Ossification von Pachionischen Granulationen) am Stirnbeine. (Nahtverhalten normal.)
Cranium asymmetrisch (linkseitig) Stirngegend gewölbt. Die Tubera frontalia stark vortretend. Die Scheitelbeine hinter ihrer Mitte abgeknickt und steil abfallend. Die Schläfengruben ausgebaucht. Der die hinteren Enden des Grosshirnes bergende Theil des Hinterhauptbeines flach; der die Kleinhirn-Hemisphären deckende stark ausgebaucht. Schädelgrund gegen die Schädelhöhle gedrückt. An der Innenfläche des Stirnbeines haftet eine bohnengrosse, kolbige mehr poröse Knochenmasse und neben dieser kleinere in Pachionischen Gruben. (Ossificationen Pach. Drüsen?) (Nahtverhalten normal.)
Linkes Orbitaldach tiefer liegend. Crista galli nach rechts umgelegt. Tiefe Pachionische Gruben an der Basis. Basis Cranii gegen die Höhle gedrückt. (Nahtverhalten normal.)



Zahl	Inhalt	Horizontal-Umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
33	1430	495	100	164	140	124	121	101	85·3	75·6	60·9
34	1440	507	104	172	141	130	121	101	81·9	75·5	60·4
35	1440	511	102	177	141	131	112	110	79·6	74·0	57·6
36	1445	520	110	183	144	132	113	113	78·6	72·1	60·1
37	1445	nicht mess-bar	120	186	144	131	130	112	77·4	70·4	64·5
38	1450	506	110	171	146	131	124	102	85·3	76·6	64·3
39	1465	541	110	182	154	133	121	113	84·5	73·0	63·9
40	1465	530	103	186	138	132	113	111	75·2	70·9	55·3
41	1465	514	121	170	149	140	111	111	87·6	82·3	71·1
42	1470	—	110	180	142	120	122	100	82·0	66·6	61·1
43	1475	523	104	177	149	121	123	110	84·1	68·3	58·7
44	1475	511	110	173	142	133	103	110	82·0	76·8	63·5
45	1480	525	110	185	145	124	113	111	78·3	67·0	59·4
46	1480	521	101	180	141	130	114	110	78·3	72·2	56·1
47	1490	—	110	181	143	131	122	104	79·0	72·3	60·7
48	1495	520	98	178	146	134	122	109	82·0	75·2	55·0
49	1495	—	104	180	133	131	113	102	73·8	72·7	57·7





Anmerkung.

Cranium hochgradig asymmetrisch (linkseitig). (Nahtverhalten normal.)

Gerademaul. An den Augenhöhlendächern, in Inseln stehende, plattenförmige Osteophytenlager. (Nahtverhalten normal.)

Cranium mit Osteophytenschichten an der Aussenfläche der Calvaria. (Nahtverhalten normal.)

Oberkiefer stark vortretend. Der Unterkiefer nicht in gleichem Masse vorgewachsen, in Folge dessen steht der letztere abnorm weit hinter ersterem. (Nahtverhalten normal.)

Cranium hohen Grades asymmetrisch (rechtseitig). Stirne in der Supraorbitalgegend mächtig gewölbt. Ausserordentliche Sinus frontales, die sich hoch hinauf in den verticalen Antheil und der hiedurch 13 Millim. hohen partes orbitales erstrecken. Man übersieht vom Sinus einen grossen Theil des Siebbeinlabyrinthes. An der Innenfläche des Stirnbeines überdies 9 kleinlinsengrosse gefurchte Exostosen und eine kreuzergrosse Knochenauftreibung. (Nahtverhalten normal.)

Hydrocephalus. Mehrere Knochen in der dura mater, die mit den Stirnhemisphären verwachsen waren. 50 Jahre alt. Wahnsinn. Mikrognates Cranium. (Nahtverhalten normal.)

Asymmetrisches (linkseitiges) Cranium (Hydrocephalus.) (Nahtv. normal.)

Asymmetrisches (rechtseitiges) Cranium. Die Impressiones digit. an der ganzen Innenfläche der Hirnschale sehr scharf ausgeprägt. Zahlreiche sogenannte Pachionische Gruben im Stirnbeine. Die Partes orbitales ossis frontis verdünnt herabgedrückt; concav, desgleichen die sich anschliessenden kleinen Keilbeinflügel. Median am Stirnbeine (innen) einige bis hanfkorngrosse Exostosen. (Nahtverhalten normal.)

Zahlreiche Osteophytenlager an der Innenfläche der Calvaria, von welchen die des Stirnbeines eine solche Höhe erreicht haben, dass sie wie aneinander gereihte Zapfen aussehen. (Nahtverhalten normal.)

Hydrocephalus. Linkes Orbitaldach tiefer stehend. (Nahtverh. normal.)

— — —

Reichliche Exostosen an der Innenfläche des Stirnbeines, des Occiput und der Mittelgruben. (Nahtverhalten normal.)

Cranium asymmetrisch (linkseitig). An der rechten Occipitalhälfte deutliche Druckstelle (in Form einer Depression). (Nahtverhalten normal.)

Schaltknochen in der Lambda-Naht. (Nahtverhalten normal.)

Hyperostotisches Cranium. (Nahtverhalten normal).

Meningitis basilaris. Asymmetrisches Cranium; rechtes Scheitelbein gewölbter als das linke, gegen den angulus mastoideus flach werdend und hier etwas flach gedrückt. Links ist die fossa temporalis ausgebaucht; rechte Occipitalhälfte ebenfalls. Die Asymmetrie scheint ohne Nahtsynoste etablirt worden zu sein; aus dem Nahtverhalten lässt sich kein Schluss mehr ziehen.

Mit ausnehmend reichlichen Osteophytenlagen an der Innen- wie Aussenfläche der Hirnschale und des Gesichtsskeletts. (Nahtverh. normal.)



Zahl	Inhalt	Horizontal-umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
50	1495	530	113	181	146	134	121	113	80·6	74·0	62·4
51	1505	522	103	184	137	120	112	111	74·4	65·2	55·9
52	1510	515	110	175	146	133	123	104	83·4	76·0	62·8
53	1510	517	—	180	141	130	122	101	78·3	72·2	—
54	1515	540	110	182	153	121	120	113	84·0	66·4	60·4
55	1520	520	104	185	142	133	120	94	76·7	71·8	56·2
56	1520	532	113	181	150	141	123	112	82·8	77·9	62·4
57	1520	—	121	181	94	152	110	110	51·8	83·9	66·8
58	1520	525	104	180	145	133	123	111	80·5	73·8	57·7
59	1520	555	112	191	155	129	124	112	81·1	67·5	59·5
60	1525	517	110	180	143	122	114	104	79·4	67·7	61·1
61	1525	530	112	178	151	123	130	114	85·3	69·1	62·9
62	1530	507	103	176	141	131	124	101	80·1	74·4	58·5
63	1535	528	93	179	143	140	132	103	79·8	78·2	51·9
64	1540	—	103	180	140	120	123	101	77·7	66·6	57·2
65	1545	540	130	181	157	131	111	113	86·7	72·3	71·8

Anmerkung.

Asymmetrisches (linkseitig) Cranium. (Nahtverhalten normal.)

— — —

Cranium asymmetrisch (linkseitig). Zahlreiche Pachionische Gruben, vornehmlich am Schädelgrunde. (Nahtverhalten normal).

Hydrocephalus. Schädel dünn, schwammig, mit nach rechts umgelegter Crista galli. (Nahtverhalten normal.)

Hyperostotisches, hochgradig asymmetrisches (linkseitig). Cranium mit ausgebreiteten Osteophytenlager an der Innenfläche und verknöcherten Pachionischen Granulationen. (Nahtverhalten normal.)

Seniles Cranium, mit stark erhobenem Scheitel, schmalem, ausgebauchten und durch Naht getheilten Occiput. Gerademaul. (Nahtverh. normal.)

Hyperostotisches Cranium im Stirntheile 30 Millim. dick. In den Augenhöhlendächern 5 parallel laufende gangartige Pachionische Furchen. (Nahtverhalten normal.)

Synostotischer Spitzkopf. Stirnbein schmal, flach, senkrecht aufsteigend bis zur Stirnfontanellengegend, von hier fällt in entgegengesetzter Richtung die Scheitelgegend steil gegen das Occiput herab. Schädelknochen sehr dünn, die Impressiones digit. sehr tief. Die Juga cerebr. stachelig. Die Partes orbitales ossis frontis herabgedrückt, und gegen die Medianlinie convergirend. Nahtverhalten: Die Kron- und Parietalnaht sind vorzeitig synostotisch.

— — —

Leichtes osteoporotisches Cranium. Dicke desselben an der Stirne 11 Millim., am Occiput median 22 Millim., lateral 10 Millim. (Nahtverhalten normal.)

Progenaees Cranium. „Wird mit Apoplexie aufgenommen." Gehirn weich, rechter Stirnlappen geschwellt, wahrscheinlich Apoplexien und Verhärtung. (Nahtverhalten normal.)

Cranium asymmetrisch (linkseitig). Occiput und tempores ausgebaucht. Stirnnahtschädel. (Nahtverhalten normal.)

— — —

Hypsicephaler Stirnnahtschädel mit zahlreichen Schaltknochen in der Lambda- und Warzen-Naht. Die hinteren Partien der Scheitelbeine ausgebaucht. (Nahtverhalten normal.)

Invalide, mit Tobsucht befallen. Harte Hirnhaut am Schädel angewachsen, weiche Hirnhaut mit Wasser erfüllt. Der Seepferdfuss mit der Gehirnsubstanz verwachsen. Hirnschale hohen Grades asymmetrisch (linkseitig) und hydrocephal geformt. Hinterhaupt ausgebaucht, Schaltknochen in der Lambda und Kron-Naht. Zahlreiche Pachionische Gruben und enorm reichliche Gefässfurchen an der Innenseite der Calvaria. (Nahtverhalten normal.)

Hyperostotisches Cranium. Stirnbein median 10 Millim., Hinterhauptbein 11 Millim. dick. Zahlreiche Pachionische Gruben, darunter sehr breite, vornehmlich am Schädelgrunde. Diese Gruben sind aber Ectasien,



Zahl	Inhalt	Horizontal-umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
66	1545	—	111	174	123	140	113	101	70·6	80·4	63·7
67	1555	530	96	182	147	133	122	110	80·7	73·0	52·7
68	1558	—	101	162	134	134	113	104	82·7	82·7	62·3
69	1565	—	120	182	131	122	123	112	71·9	67·0	65·9
70	1565	537	121	188	146	133	110	113	77·6	70·7	64·3
71	1570	520	112	182	143	133	120	102	78·5	73·0	61·5
72	1585	—	102	170	130	132	112	112	76·4	77·6	60·0
73	1590	520	112	177	146	140	130	104	82·4	79·0	63·2
74	1590	517	102	176	148	131	120	110	84·0	74·4	57·9
75	1595	—	120	183	144	142	123	110	78·6	77·5	65·5
76	1610	—	131	183	141	133	112	112	77·0	72·6	71·5
77	1605	540	—	183	151	140	124	—	82·5	76·5	—
78	1605	542	113	190	145	120	124	104	76·3	63·1	59·4
79	1605	—	102	173	141	132	131	102	81·5	76·3	58·9
80	1610	542	113	183	150	131	132	110	81·9	71·5	61·7
81	1610	522	114	183	144	141	122	110	78·6	77·0	62·2

Anmerkung.

den Knochenvenen zuzuschreiben, (vielleicht nach Stasen). An der Aussenfläche des Stirnbeines finden sich rechterseits 2 flache runde, kreuzergrosse Knochengeschwülste. (Nahtverhalten normal.)

Synostotischer Oxycephalus mit dem Höhenpunkte an der Sutura frontalis (median). Stirnbein flach; Hinterhauptbein, die tempora und basis cranii ausgebaucht. Das rechte Orbitaldach tiefer liegend, auch sind hier die Juga und Impressiones um's Doppelte entwickelter als rechts. Processus anonymus dexter dreimal so hoch als der nachbarliche.

— — —

Cranium hohen Grades asymmetrisch (rechtseitig). (Nahtverh. normal.)

Hydrocephal geformtes Cranium mit tiefer liegendem usurirten Orbitaldache. Die linke Mittelgrube von Pachionischen Granulationen wie benagt. Ein innerer Gehörgang auf's Fünffache erweitert (Sitz einer Geschwulst) und Umgebung an der hinteren Felsenbeinfläche ausgehöhlt. Basis asymmetrisch. Auf der Oberfläche des Stirnbeines eine rundliche Exostose. (Nahtverhalten normal.)

Hochgradig asymmetrisch (linkseitig). Linke Pars orbitalis tiefer stehend. (Nahtverhalten normal.)

Wahnsinn. Asymmetrisches (linkseitig) Cranium. (Nahtverh. normal).

Das Cranium ist insoferne asymmetrisch, als seine linke Stirnbeinhälfte stärker vorgewölbt erscheint. (Nahtverhalten normal).

Hydrocephal geformtes Cranium mit rechterseits tiefer liegendem Orbitaldache. (Nahtverhalten normal.)

Rechtes Orbitaldach tiefer liegend. Mikrognath. (Nahtverhalten normal).

Kephalone hyperostotisch, mit einer rundlichen Knochenauftreibung am Stirnbeine. (Nahtverhalten normal.)

Die Crista galli ist gegen die rechte Seite geneigt. Pars orbitalis ossis frontis linkerseits tiefer stehend, als rechts, und dabei usurirt. Die Juga cerebr. und Impressiones digit. links mehr ausgeprägt. Das rechte Scheitelbein trägt nahe seinem Lambdarande 3 rundliche convex vortretende linsengrosse Knochengeschwülste.

Am Clivus, und zwar nächst dem foramen occipitale magnum flache rundliche Exostosen. (Nahtverhalten normal.)

Ausgebreitete Pachionische Gruben. (Nahtverhalten normal.)

Hydrocephal geformtes leichtes Cranium, mit tiefliegenden Orbitaldächern. (Nahtverhalten normal).

Mikrognather dünner Stirnnahtschädel an der Innenfläche mit hunderten, theilweise usurirenden Pachionischen Gruben besäet. Die Schädelgruben sehen wie benagt aus. (Nahtverhalten normal.)

Hochgradig asymmetrisches (rechtseitig) Cranium, mit deutlicher Druckstelle der linken Occipitalhälfte und flachem rückfliegenden Stirnbeine. Das rechte Orbitaldach tiefer liegend als das linke und in demselben die Gehirneindrücke viel schärfer ausgeprägt. (Nahtverhalten normal.)



Zahl	Inhalt	Horizontal-umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
82	1610	542	112	186	150	133	131	112	78·4	71·5	60·2
83	1620	—	111	183	141	124	124	111	77·0	67·7	60·6
84	1625	—	112	190	121	134	120	—	63·1	70·5	58·9
85	1650	550	111	189	152	131	134	111	80·4	69·3	58 7
86	1665	—	113	180	143	133	121	110	79·4	73·8	62·7
87	1675	545	101	189	159	130	120	110	84·1	68·7	53·4
88	1680	—	110	183	141	133	134	111	77·0	72 6	60·1
					Weiber						
89	1020	466	92	155	131	121	112	103	84·5	78·0	59·3
90	1190	—	103	163	130	122	114	94	79·2	74·8	63·1
91	1215	482	94	166	135	123	111	92	81·3	74·0	56·6
92	1240	—	—	162	130	94	121	104	80·2	58·0	
93	1240	—	101	163	133	123	104	101	81·5	75·4	61·9
94	1240	487	104	176	135	124	110	100	76·7	70·4	59·0
95	1250	481	102	163	138	124	110	101	84·6	76·0	62·5

Anmerkung.

Linkes Orbitaldach tiefer liegend; Crista galli nach rechts umgelegt; die Aussenfläche des rechten os parietale trägt 3 bis linsengrosse Exostosen. (Nahtverhalten normal).

Hydrocephal geformtes asymmetrisches (linkseitig) Cranium, mit gegen die Höhle gedrückter Basis. (Nahtverhalten normal.)

Dolichocephaler Kephalone mit hyperostotischen Stirnbeinen. Das Cranium wiegt 1725 Gramm. (Nahtverhalten normal.)

Asymmetrisches Cranium (linkseitig) mit tiefer liegenden rechten Orbitaldache, nach links umgelegter Crista galli und Schaltknochen der Lambda-Naht. (Nahtverhalten normal.)

Cranium hochgradig linkseitig asymmetrisch. Linkes Orbitaldach tiefer liegend. (Nahtverhalten normal.)

43 Jahre alt; wegen Fraisen und Blödsinn für die Irrenanstalt geeignet. Cranium amplum, Cerebrum majus; ventriculi ejus laterales dilatati ab aqua. Lateral vom Corpus striatum (welches ist nicht angegeben), ein tumor materia apnosa et gelatinosa refertum, der bis in die sella turcica reichte. Cranium bedeutenden Grades asymmetrisch (linkseitig); wie vom Gewölbe her flach gedrückt; linke Hälfte des Hinterhauptbeines besteht aus 2 grossen Stücken, die sich rückwärts ausbauchen. Sella turcica sehr weit, mehr flach. (Nahtverhalten normal).

Osteoporotisches, hydrocephal geformtes, in hohem Grade asymmetrisches (linkseitig) Cranium. Die Asymmetrie ist folgendermassen entwickelt. Die rechte Hälfte der Stirnbeinschuppe bedeutend geräumiger als die nachbarliche; die rechte Mittelgrube stark ausgebaucht; die Keilbeinflügel blasig in die Augenhöhle hineingetrieben; desgleichen das insbesondere linkerseits gewölbte Occiput, welches an dieser Seite durch eine Naht getheilt ist. (Nahtverhalten normal).

Cranium sehr leicht osteoporotisch. Stirnbein median. 2 Millim. lateral, 22 Millim. dick. Zwischen Kieferstück des Oberkiefers schräge gestellt, ebenso die von dem ersten getragenen Zähne. Unterkieferzähne stehen senkrecht, daher zwischen oberer und unterer Zahnreihe eine beträchtliche Lücke. (Nahtverhalten normal.)

Stirnnahtschädel mit einer divertikelartigen Erweiterung des Sulcus longitudinalis für einen Varix des Sinus. (Nahtverhalten normal).

Cranium assymmetrisch (linkseitig) sehr leicht und dünn. (Nahtv. normal).

Seniles Cranium, exquisit hydrocephaler Form und Schaltknochen der Lambda-Naht. (Nahtverhalten normal.)

Seniles Cranium.

Rechtes Orbitaldach, median tief herabgedrückt und durchscheinend. Crista galli nach links umgelegt. (Nahtverhalten normal.)

Cranium, hochgradig asymmetrisch (linkseitig) mit rechterseits tiefer liegendem Orbitaldache. (Nahtverhalten normal.)



Zahl	Inhalt	Horizontal-umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:B	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
96	1260	492	110	175	133	132	120	103	76·0	75·4	62·8
97	1260	506	104	175	136	130	112	102	77·7	74·2	59·4
98	1265	515	100	171	149	120	130	112	87·1	70·1	58·4
99	1280	502	101	172	138	121	113	103	80·2	70·3	58·7
100	1280	494	102	170	136	123	120	100	80·0	72·3	60·0
101	1285	—	114	174	131	121	122	112	75·2	69·5	65·5
102	1285	502	101	170	141	120	120	102	82·9	70·5	59·4
103	1290	508	103	177	140	124	120	101	79·0	70·0	58·1
104	1295	—	100	171	122	123	113	101	71·3	71·9	58·4
105	1320	—	102	163	141	132	120	102	86·5	80·9	62·5
106	1355	511	100	172	142	130	123	102	82·5	75·5	58·1
107	1380	502	89	168	145	125	108	107	86·3	74·4	52·9
108	1390	515	96	180	144	123	118	103	80·0	68·3	53·3
109	1415	520	110	185	142	124	120	110	76·7	67·0	59·4
110	1420	550	121	190	151	122	123	100	79·4	64·2	63·6
111	1445	525	100	177	147	112	122	100	83·0	63·2	68·0
112	1498	513	101	174	144	122	122	102	82·7	70·1	58·0
113	1550	522	104	179	145	133	120	100	81.0	74·3	58·1
114	1550	540	104	182	152	unbekannt	123	110	83·5	—	57·1



Anmerkung.

— — —

Seniles Cranium mit Caries des Nasendaches. (Syphilis ?) (Nahtv. normal.)

Hyperostotisches Cranium mit gegen das Cavum Cranii gedrückter Basis (Nahtverhalten normal).

Linkes Orbitaldach tiefer liegend; Crista galli nach rechts umgelegt. (Nahtverhalten normal.)

Cranium sehr leicht, dünn. An der Innenfläche der linken Schläfenbeinschuppe 2 Exostosen. (Nahtverhalten normal.)

Flachgedrücktes Cranium mit rückfliegender Stirne und Schaltknochen der Lambdanaht in der Stirnfontanellengegend. (Nahtverhalten normal).

Stirnnahtschädel hydrocephal geformt mit Schaltknochen der Lambdanaht und quer getheiltem Occiput. (Nahtverhalten normal).

Trigonocephal geformtes wie flachgedrücktes Cranium mit Schaltknochen in der Lambda-Naht. (Nahtverhalten normal.)

Hyperostotischer Schädel. Gerademaul. (Nahtverhalten normal.)

In der Schläfengrube eine Knochendepression. Rechtes Orbitaldach tiefer liegend. Exostosen am hinteren Rande eines Sulcus sygmoidens. (Nahtverhalten normal.)

Hydrocephales Cranium asymmetrisch (linkseitig) mit einzelnen rundlichen, wenig prominenten Knochengewächsen an der Oberfläche. (Nahtverhalten normal).

Apoplexie und Encephalitis. (Nahtverhalten normal.)

— — —

40 Jahre alte Witwe. Sie hört Stimmen. Gibt an, die Tochter eines Königs zu sein; sie wird von Stimmen misshandelt, hat einen grossen Streit wegen Sardinien. Alle Potentaten sind in ihrem Kopfe. Gehirnödem. Hyperostotisches Cranium. Die Partes orbitales ossis frontis gegen das Siebbein convergent und wie herabgedrückt. (Nahtv. normal.)

Sehr schweres, hydrocephal geformtes, asymmetrisches (linkseitig) Cranium mit ausgebauchtem Occiput und Schaltknochen der Lambda-Naht. Kleine Exostosen am Clivus. Nahtverhalten insoferne abnorm, als die sonst nach den übrigen verstreichenden Nähte der Schläfengruben hier bei Persistenz, andere Nähte obliterirt sind. Die Obliteration scheint aber nach vollendetem Wachsthume eingetreten zu sein, denn es lassen sich weder Stenosen noch compensatorische Erweiterungen nachweisen.

Hydrocephalus. Augenhöhlendächer tiefer herabgedrückt, insbesondere das rechte und verdünnt. Die Juga sehr scharf vortretend. (Nahtverhalten normal.)



Stark prognath. (Nahtverhalten normal.)

Seniles Cranium. Vorderkauer.

Hirnrinde fast schwarz. Hydrocephalus. Schädel flach, „Schläfengrube ausgebaucht". Zahlreiche Schaltknochen in der Lambdanaht. Osteophytenlager am Gewölbe und der Basis. (Nahtverhalten normal).



Zahl	Inhalt	Horizontal umfang	Basale Länge	Länge	Breite	Höhe	Stirn-breite	Occipital-breite	L:O	L:H	Länge des Schädels zur basalen Länge L:nb.
115	1605	—	103	180	144	123	130	111	80·0	68·3	57·2
116	1640	—	104	173	140	134	130	110	80·9	77·4	60·1
					Geschlecht unbekannt						
117	1340	—	102	170	143	121	121	112	84·1	71·1	60·0
118	1345	—	104	170	134	124	112	104	78·8	72·9	61·1
119	1350	—	102	180	140	114	120	102	77·7	63·3	56·6
120	1390	—	100	163	143	121	124	113	87·7	74·2	61·3
121	1395	—	101	162	140	122	122	103	86·4	75·3	62·3
122	1405	505	103	171	140	132	113	111	81·8	77·1	60·2
123	1440	—	102	174	121	131	114	93	69·5	75·2	58·6
124	1485	—	103	164	130	121	114	103	79·2	73·7	62·8
125	1530	—	91	163	130	140	103	110	79·7	58·8	55·8
126	1575	—	102	161	142	133	123	112	88·1	82·6	63·3
127	1620	532	104	178	148	131	124	103	83·1	73·5	58·4

Anmerkung.

Cranium hydrocephal geformt. Angeborner Blödsinn. (Nahtverh. normal.)

Hyperaemia cerebri. Hochgradig asymmetrisch (linkseitig) Cranium. in Folge praematurer Synoste der rechten Kronnahthälfte. Rechtes Orbitaldach tiefer liegend. (Auffallend die Capacität neben Synostose.)

Hyperostotisches, hydrocephal geformtes Cranium mit zahlreichen Pachionischen Gruben an der Basis cranii. (Nahtverhalten normal).

Cranium asymmetrisch (linkseitig). Arcus superciliaris sinister stärker vortretend als der rechte. (Nahtverhalten normal.)

Langes, niedriges, hyperostotisches Cranium. Schädelgrund schwachen Grades gegen die Höhle gedrückt. (Nahtverhalten normal.)

Hydrocephaler Stirnnahtschädel. 18—19 Jahre alt. (Nahtverh. normal.)

Progenaees Cranium. Linke Stirnbeinhälfte etwas ausgebaucht. Rechtes Orbitaldach erhaben; linkes mit seiner inneren Partie herabgedrückt, ausgehöhlt verdünnt. Crista galli so weit umgelegt, dass sie dem rechten Orbitaldache aufliegt. Am linken Orbitaldache ein mächtiges Jugum cerebrale, um welches herum alle Impressiones tief ausgehöhlt sind. (Nahtverhalten normal.)

Cranium asymmetrisch (rechtseitig). (Nahtverhalten normal.)

Stirnnahtschädel. Gerademaul. Linkes Orbitaldach tiefer liegend. (Nahtverhalten normal.)

Synostotischer Dolichocephalus (Sut. sagittalis vorzeitig obliterirt) mit dichten Osteophitenlagen an der Innenfläche des Schädels und Schaltknochen der Lambda-Naht. 17—18 Jahre alt.

Synostotischer Oxycephalus. Die Gehirneindrücke sehr tief. Die Orbitaldächer gegen die Medianlinie herabgedrückt. Tempora und Basis stark gebaucht.

Hochgradig asymmetrisches (linkseitig) Cranium mit ausgebauchter Basis. (Nahtverhalten normal.)

Augenhöhlendächer tief herabgedrückt und bis zum Durchscheinen dünn. Gerademaul. (Nahtverhalten normal.)



Die 8 Massformen, welche die nach Zuckerkandl's zählblättchenartigen Mittheilungen zusammengestellte Tabelle 1, pag. 72 ff., aufführt, sind nach der Methode Welker's entnommen.

1. Der Inhalt, die Schädelcapacität wird nach Welker bestimmt „durch Erfüllung der Schädel mit Körnerfrucht, Graupen und durch volumetrische Messung der hierbei verbrauchten Körner innerhalb eines genau graduirten Glascylinders, wobei Sorge zu tragen für einen möglichst gleichen Druck auf die Körner, sowohl bei Anfüllung des Schädels als des Hohlmasses."

2. Der Horizontalumfang (H) des Schädels wird durch die Schnur bestimmt, welche vorne über die *Tubera frontalia*, hinten über die hervorragendste Stelle des Hinterhauptbeines (über der *Linia aspera*) zu führen ist. Diese Stelle entspricht dem mittleren Ossificationspunkt des Occiput. Die zur Messung verwendete Länge der Schnur wird an einem metrischen Massstab abgelesen.

3. Die basale Länge (n b Nasobasallinie) des Schädels reicht medial von der Anhaftung der Nasenbeine an das Stirnbein bis zum vorderen Rande des Hinterhauptloches, und wird, wie die folgenden Masse, durch den Krummzirkel bestimmt.

4 Die Schädellänge (L) reicht von der Glabella zwischen den Stirnhöckern bis zum, sub 2 genannten Verknöcherungspunkt des Hinterhauptbeines. Sie ist zugleich der Längsdurchmesser des Horizontalumfanges (H).

5. Die Schädelbreite (B) ist der Querdurchmesser des horizontalen Umfangsmasses (H). Seine symmetrischen Endpunkte liegen in der verticalen Tangente, welche von dem *Planum temporala* über den äussern Gehörgang führt, oberhalb des Randes der Schläfenschuppe.

6. Die Schädelhöhe (A) wird vom vorderen Umfang des Hinterhauptloches bis zu jenem Punkte des Schädeldaches gemessen, in welchem ein, über die Pfeilnaht und das Stirnbein verlaufendes Band mit einem, von den äusseren Gehörgängen, aus über die Calvaria weglaufenden sich kreuzen würde. Dieser Punkt liegt de norma auf dem vorderen Fünftel der Pfeilnaht.

7. Die Stirnbreite entspricht einem Querdurchmesser (*zz linea interzygomatica*), welcher an der Kante des *Margo orbitalis* von einer Verbindung des Jochfortsatzes mit dem Stirnbein zur anderen gemessen wird.

8. Die Occipitalbreite (*mm linea intermamillaris*) reicht von der einen Spitze eines Warzenfortsatzes des Schädels bis zu der des anderen.

Darnach enthält die Tabelle noch drei Proportionsverhältnisse, deren erstes Verhältniss L : B den Querdurchmesser des Schädels als Procente des Längsdurchmessers, deren zweites L : H den Höhendurchmesser des Schädels als Procente des Längsdurchmessers aufführt und deren letztes die procentische Länge des basalen Längsdurchmessers (nb) wieder auf den Schädellängsdurchmesser bezieht.

1. Schädel-Innenraum.

(Inhalt-Capacität.)

Wenn ich hier, so wie bei den ferneren Vergleichungen der Schädelmasse die aus 30 männlichen und 30 weiblichen Normalschädeln von Welker gewonnenen Masse als feste Norm anwende, so übersehe ich nicht, dass die weit gleichartigeren physiologischen Formen allein nach so geringen Zahlen beurtheilt werden dürfen. Als pathologische Objecte oder bei Vermengung



mit pathologischen Objecten handelt es sich um viel Verschiedenartigeres und es werden daher für einen gleichen Werth der Angaben viel zahlreichere Objecte erfordert. Es wird darnach zunächst für die Vergleichung der Masse die männliche Schädelreihe von 88 Schädeln viel belehrender erscheinen müssen, als die weibliche von 28 Schädeln, und, von der dringend zu wünschenden Vermehrung des Materiales abgesehen, werden bei Widersprüchen zwischen den Ergebnissen beider Reihen vorläufig die dreimal zahlreicheren Männerschädel als entscheidend beurtheilt werden müssen.

Scheidet man die Welker'schen Männerschädel sowie die der männlichen Irren nach den Hunderten von Cubikcentimetern des Innenraumes, welche sie übersteigen, ohne das nächste Hundert zu erreichen, so stellen sich folgende Zahlen und Mittelzahlen der Schädel dar:

Tabelle II.

Welker: normale Männerschädel.

Cubikcentimeter	Zahl der Schädel	Procent aus 30 Schädeln.
+ 1200	3	10·0
+ 1300	4	13·3
+ 1400	15	50·0
+ 1500	6	20·0
+ 1600	1	3·3
+ 1700	1	3·3

Zuckerkandl: männl. Irrenschädel.

Cubikcentimeter	Zahl der Schädel	Procent aus 88 Schädeln.
+ 1100	2	2·2
+ 1200	5	5·6
+ 1300	17	19·3
+ 1400	25	28·4
+ 1500	26	29·5
+ 1600	13	14·7

Welker: normale Frauenschädel.

Cubikcentimeter	Zahl der Schädel	Procent aus 26 Schädeln.
+ 1000	1	3·8
+ 1100	6	23·0
+ 1200	5	19·2
+ 1300	7	26·9
+ 1400	4	15·3
+ 1500	3	11·5

Zuckerkandl: weibl. Irrenschädel.

Cubikcentimeter	Zahl der Schädel	Procent aus 28 Schädeln.
+ 1000	1	3·5
+ 1100	1	3·5
+ 1200	14	50·0
+ 1300	4	14·2
+ 1400	4	14·2
+ 1500	2	7·1
+ 1600	2	7·1

Zur Beurtheilung dieser Tabelle finden wir den Schlüssel in der Berechnung Welker's, dass die mittlere Capacität des normalen Männerschädels 1448 Cc., die mittlere Capacität des normalen Frauenschädels 1300 Cc. beträgt.

Den Schädeln von mehr als 1400 Cc. gehört die Hälfte der Welker-schen Männer an. 23% stehen unter diesem ungefähren Mittel, 26% überschreiten dasselbe mit 1500 bis über 1700 Cc.

Die Capacität der männlichen Irrenschädel ist grösser als die der normalen Männerschädel. Dies erhellt sofort:

1. Dem Mittel von über 1400 Cc. gehört keineswegs die Hälfte dieser 88 Schädel an, sondern nur 28%.

2. Ueber dem Mittel stehen mit mehr als 1500 Cc. 44% der Schädel (um 18% mehr als bei den normalen), unter welchen auch die über 1600 Cc. enthaltenden den normalen Schädeln gegenüber noch eine mehr als um die Hälfte grössere Percentzahl ausmachen.

3. Die unter dem Mittel von 1400 Cc. stehenden Irrenschädel betragen zwar 27%, also um 4% mehr als die ähnlichen normalen Männerschädel



und die letzteren enthalten gar keinen Schädel unter 1200 Cc., während den Irren 2 solche zufallen. Dafür stehen aber diejenigen Irrenschädel, welche die grösste unter der mittleren Capacität stehende Form ausmachen, die über 1300 Cc. enthaltenden bei den Irren um $6^0/_0$ voran.

Die Capacität der weiblichen Irrenschädel dürfte grösser als die der normalen Frauenschädel sein.

Diese Annahme stützt sich durch folgende Erwägung auf Tabelle II. das 14. Hundert mit der Welker'schen Mittelzahl von 1300 Cc. ist allerdings bei den Irren um fast $13^0/_0$ seltener. Dagegen wird diese mittlere Breite der Capacität bei den Irren sogar etwas zahlreicher überschritten, als bei den normalen Frauen und zugleich durch höhere Capacitäten, weil über 1600 Cc. nur bei den Irren vorkommt. Unter der mittleren Breite der Capacität stehen zwar um $11^0/_0$ mehr Irrenschädel als normale Frauenschädel (57 gegen $46^0/_0$), dafür aber zeigen die normalen Frauenschädel um $20^0/_0$ mehr kleinere Schädel zwischen 1100 und 1200 Cc., dagegen die der Irren um $20^0/_0$ mehr grössere Schädel, welche zwischen 1200 und 1300 Cc. Capacität haben. Die Mittelzahl der Schädelcapacität dieser weiblichen Irren beträgt 1337·9, also um 37·9 Cc. mehr, als die mittlere Capacität der normalen Frauenschädel Welker's.

Die Kenntniss der Capacitätsverhältnisse erscheint als ein sehr wichtiger Aufschluss, sobald man erwägt, dass die Capacität immerhin der sicherste Ausdruck für Volumen und Gewicht des Gehirnes ist, wenngleich ganz bestimmt kein sicherer Ausdruck.

Es ist mir in der Literatur keine Arbeit bekannt, welche Gehirngewichte von Irren und Schädel-Capacitäten von Irren miteinander vergliche. Auch ich bin nicht in der Lage, Gehirngewicht und Schädel-Capacität der gleichen Individuen miteinander zu vergleichen, was die streng wissenschaftliche Methode wäre.

Welker hat nun gefunden, dass die Vergleichung nicht zusammengehöriger Schädel-Capacitäten und Gehirne in der Mittelzahl mit den Verhältnissen zusammenstimmen, welche am zusammengehörigen Schädel und Gehirn allerdings nur dreier Personen gefunden wurden.

Darum erscheint es mir nicht überflüssig, eine parallele Vergleichung der Mittelzahlen auch bezüglich der Irren vorzunehmen.

Principiell muss man aber sich bewusst sein, dass Mittelzahlen immer ein zu allgemeines Wissen bieten, um Anwendungen auf irgend einen speciellen Fall zu gestatten, sobald sie zu viele und zu differente Einzelheiten miteinander verschwimmen lassen, dass sie überhaupt in der Medicin für diagnostische Zwecke ein sehr mangelhafter Behelf sind. Die Mittelzahl kann niemals an die Stelle der Uebersicht treten. Die Kenntniss der Fälle, welche weit über oder weit unter der Mittelzahl stehen, ist gewiss wichtiger, als die Mittelzahl selbst. Sie selbst wird um so werthloser, je entfernter von ihr die Grenzfälle stehen. Dass diese Bemerkungen nicht Welker betreffen können, brauche ich nur für Diejenigen zu bemerken, denen sein Werk fremd ist.

Vor Allem müssen wir anerkennen, dass der volumetrisch bestimmte oder gewogene Inhalt der Schädelhöhle keineswegs nur die Masse oder das Gewicht des Gehirnes und seiner Häute, sondern auch den Umfang oder das Gewicht des Kammerwassers bestimmt. Einzig die von mir angegebene Wägungsmethode bestimmt wirklich blos das Gehirngewicht. Dieses besteht aus der Summe des Gehirnmantels, des Gehirnkernes und des kleinen Gehirnes. Bei dem Ausschälen des Gehirnkernes aus dem Gehirnmantel fliesst das Kammerwasser ab,



wodurch ein trügerisches Mehrgewicht entfällt. Diese Wägungen sind einzig exact.

Welker hat nach den Tabellen von Rudolf Wagner das mittlere Gehirngewicht von 415 Männern im Alter von 20 bis 60 Jahren mit 1389 Gramm, und das Mittelgewicht von 258 weiblichen Gehirnen aus denselben Lebensjahrzehnten mit 1249 Gramm berechnet. Dieselben Gewichte würden nach meiner Wägungsart durch Wegfall des Kammerwassers leichter erscheinen. Wenn ich von den überwiegend stark hydrocephalischen Gehirnen der männlichen und weiblichen Paralytiker absehe, so ergibt sich ein Umstand, welcher darauf schliessen lässt, dass der Abfluss des Kammerwassers für Mittelzahlen an den Proportionen der ganzen Gehirne zueinander wenig verändert.

Das Gewicht der männlichen Gehirne verhält sich zum Gewichte der weiblichen nach Welker übereinstimmend mit anderen Autoren wie 100 : 89·9, so dass das weibliche Gehirn im Allgemeinen um 10 Procent gegen das männliche verkürzt ist.

Das mittlere Hirngewicht von 222 männlichen Irren beträgt 1326·6 Gramm, das von 177 weiblichen Irren 1201·6 Gramm. Die Paralytiker sind ausgeschieden. Das männliche Hirngewicht verhält sich zum weiblichen bei diesen Irren wie 100 : 90·5. Der Unterschied von 10 Procent zu Ungunsten der Frauen bleibt sich fast gleich.

Auch der Parallelismus, welcher zwischen den Proportionen des Schädel-Innenraumes mit 1448 Cc. vom Mann und 1300 Cc. von der Frau bei Welker's normalen Schädeln und bei den Irrenschädeln Zuckerkandels mit den Mittelzahlen 1468·1 Cc. der Männer und 1337·9 Cc. der Frauen einerseits und andererseits zwischen den mittleren Gehirngewichten beider Geschlechter besteht, wird durch die Berechnung des wirklichen Gehirngewichtes nicht verändert.

Welker's Schädel			Die Irrenschädel		
Mann		Frau	Mann		Frau
100	:	89·7	100	:	91·0

In beiden Proportionen, Schädelinnenraum und Gehirngewicht, bewegt sich das Minus der Frauen bei Normalen und bei Irren nahe um 10 Procent.

Dagegen kann das nach meiner Methode gewogene Gehirn in den Schädel nicht passen, es wird im Verhältniss zum Schädelinnenraum zu klein.

Weil die Gehirnmasse specifisch schwerer ist als das 1 Cc. erfüllende destillirte Wasser von bestimmter Temperatur, so wiegt die Gehirnmasse, trotz des Mitwägens des Kammerwassers, weniger Gramme als die Schädelhöhle Cubikcentimeter ausmisst, wobei auch noch die *dura mater* mit ihren Fortsätzen und Blutleitern in Betracht kommt. Die weichen Hirnhäute wären bei dem Gehirne zu belassen.

Nach Welker's Berechnungen verhält sich die Capacität in der Zahl ihrer Cubikcentimeter zum Gehirngewichte in der Zahl seiner Gramme

wie 100 Cc. zu 95—96 Gramm.

In den Irrenschädeln können auf je 100 Cc. Raum nicht 95—96 Gramm kommen: 1. Weil ihre Schädel-Capacität grösser als die der Normalschädel ist (und zwar mit 1468 gegen 1448 im Mittel bei Männern, und mit 1337·9 gegen 1300 Cc. bei Frauen); 2. weil ihre Gehirne leichter sind als die normalen (mit 1326·6 gegen 1389 Gramm bei Männern, und 1201·6 gegen 1249 Gramm bei Frauen). Rechne ich aber die Paralytiker hinzu, dann macht das Mittel aus 369 männlichen und aus 206 weiblichen Gehirnen von Irren



sogar nur 1282·1 Gramm bei Ersteren und nur 1182·5 bei Letzteren aus. — Demgemäss entfallen auf 100 Cc. Raum bei den irrsinnigen Männern 90·3 und bei den Frauen 89·8 Gramm Gehirn ohne die Paralytiker. Rechnet man die Paralytiker ein, so entfallen auf 100 Cc. Raum bei den Männern nur 87·3, bei den Frauen 88·3 Gramm. Die irren Frauen sind durch ihren geringeren Antheil an der progressiven Paralyse im Mittel um 1 Gramm pro 100 Cc. begünstigt.

Letztlich wollen wir von den Mittelzahlen absehen und einen specielleren Einblick in die disproportionellen Verhältnisse zwischen Schädelraum und Gehirnmasse der Irren zu gewinnen suchen.

Auf die oben angeführten 369 männlichen und 206 weiblichen Gehirne von Irren entfallen die nachfolgenden allgemeinen Gewichtszahlen:

Tabelle III a.

Männer Gramm	Männer Zahl der Gehirne	Frauen Gramm	Frauen Zahl der Gehirne
— 1000	2	— 1000	9
+ 1000	14	+ 1000	35
+ 1100	79	+ 1100	73
+ 1200	113	+ 1200	56
+ 1300	100	+ 1300	32
+ 1400	59	+ 1400	1
+ 1500	2		

In der Tabelle II waren die Irrenschädel nach dem Aufsteigen um 100 Cc. Inhalt gruppirt und die Zahlenproportionen dieser Schädel nach ihrer Einreihung in diese immer um 100 Cc. differirenden Gruppen berechnet.

Dem Mittel von . 1468·1 Cc Raum bei den Männern entspricht ein mittleres Gehirn von 1282·1 Gramm; zwischen beiden Grössen besteht eine Differenz von . . 186·0 Cc.

Dem Mittel von . 1337·9 Cc. Raum bei den Frauen entspricht ein mittleres Gehirn von 1182·5 Gramm; zwischen beiden Grössen besteht eine Differenz von . . 155·4 Cc.

Diese Differenzen liegen zwischen 100 und 200 Cc. Um die zusammengehörigsten Schädelräume und Gehirngewichte zu treffen, werden daher die Proportionsziffern der Gehirnanzahl neben diejenigen Proportionsziffern der Schädelanzahl zu setzen sein, welche die Gramme der ersteren um 100 Cc. der letzteren übertreffen; z. B. + 1000 Gehirne neben + 1100 Schädel-Inhalt.

Indem das betreffende Gehirn zwischen 1000 und 1099 Gramm wiegen kann, der zugehörige Schädel aber zwischen 1100 und 1199 Cc. messen, so schliesst diese Verschiebung die Möglichkeit einer Differenz von Raum und Gehirn bis zu 198 Einheiten der verglichenen beiden Grössen ein, ohne dieselbe zu fordern. Der Fehler aber, dass die Schädel und Gehirne von verschiedenen Menschen stammen, gestattet schon für sich nur allgemeine Urtheile.

Welker ist jedenfalls noch kühner vorgegangen, indem er das Gehirngewicht in Relation zum Horizontalumfang des Schädels setzte, wobei die Minima der Capacität, welche in die Berechnung seiner Mittelzahlen eintreten, für das hineinzufüllende Gehirn sämmtlich zu klein sind (l. c. 37).



Tabelle III b.

(Vergleiche Tabelle II.)

	Schädelinhalt Cc.	Procente aus der Zahl der Schädel		Hirngewicht Gramm	Procente aus der Zahl der Hirne
		Irre Männer.			
				— 1000	0·5
1.	+ 1100	2·2	1.	+ 1000	3·7
2.	+ 1200	15·6	2.	+ 1100	21·4
3.	+ 1300	19·3	3.	+ 1200	30·6
4.	+ 1400	28·4	4.	+ 1300	26·8
5.	+ 1500	29·5	5.	+ 1400	15·9
6.	+ 1600	14·5	6.	+ 1500	0
		Irre Frauen.			
1.	+ 1000	3·5	1.	— 1000	4·3
2.	+ 1100	3·5	2.	+ 1000	16·2
3.	+ 1200	50·0	3.	+ 1100	35·4
4.	+ 1300	14·2	4.	+ 1200	27·1
5.	+ 1400	14·2	5.	+ 1300	15·5
6.	+ 1500	7·1	6.	+ 1400	0·4
7.	+ 1600	7·1	7.	+ 1500	0

Dieses Nebeneinanderstellen der Schädel und Gehirne gleicht einem Versuche, in hundert Schädel abgestufter Grösse die hundert zupassenden Gehirne einzulegen. Wir finden zu oberst (wenig) so kleine Gehirne, dass gar keine entsprechend kleine Schädel vorkommen. Sub 1, 2 und 3 finden sich viel mehr kleine Gehirne (55·7), als dass für sie die entsprechend kleinen Schädel ausreichten, deren nur die Hälfte (27) vorhanden sind. Dieser Ueberschuss von kleinen Gehirnen muss also den grösseren Schädeln angehört haben, konnte sie aber nicht ausfüllen wegen Atrophie oder Hydrocephalie. Sub 4 findet sich der mittlere Normalschädel und das mittlere Normalgehirn. Die Normalschädel sind fast alle gefüllt.

Zweifellos ist aber ein Theil der Hirne in den Normalschädeln zu klein gewesen oder geworden und findet sich schon oben, z. B. sub 3, unter Gehirne für kleinere Schädel gestellt.

Und dass nur zwei Normalschädel von dieser Hirngrösse leer bleiben, hat seinen Grund darin, dass sub 6 und 7 28 von den grösseren Schädeln leer stehen. Kleine Hirne und grosse Schädel finden sich also bei den Irren vacant. Aus den kleinen Hirnen erhellt wesentlich die Atrophie, aus den zu grossen Schädeln sub 5 und 6 dürfte zumeist die Hydrocephalie erhellen.

Die Kleinschädel Nannocephalen und Mikrocephalen gehören bei den Männern der Capacität von 1100 Cc. und dem Hirngewichte von 1050 Gramm abwärts an, bei den Frauen denen von 1050 Cc. und 1000 Gramm nach abwärts.

Auch bei den Frauen ist von 1 bis 4 das Missverhältniss der 83 kleineren Gehirne zu der geringeren Zahl von 71 kleineren Schädeln, die nahe Gleichheit von Hirnen und Schädeln in 5, und der Mangel der grossen Gehirne für die grossen Schädel sub 6 und 7 zu erkennen.

Die grössere Capacität der Irrenschädel gegenüber den Normalschädeln steht im umgekehrten Verhältniss zum Gehirngewichte der Irren.

(Fortsetzung folgt.)



Ueber psychische Störungen im Pubertätsalter.

Ein Beitrag zur Lehre von der „Hebephrenie" von

Dr. Heinrich Sterz,

Assistent an der psychiatrischen Klinik der Universität Graz.

Das Bestreben, die psychischen Krankheitszustände nach der klinischen Erscheinungsweise zu unterscheiden, stösst wohl kaum irgendwo auf grössere Schwierigkeiten, als in den Fällen, deren wirres Durcheinander in der Erscheinungsweise, deren „systemloser Symptomcomplex" in dem ätiologischen Momente begründet scheint, das wir unter dem Ausdrucke „Degeneration" zusammenfassen.

Ist auch dieser Begriff noch keineswegs ein begrenzter, und wurzelt dessen Begründung in den weiten Gebieten der Heredität, der Bildungsanomalien (sowohl anatomisch als charakterologisch), so bildet derselbe dennoch den wichtigsten Factor in der anthropologisch-klinischen Forschungsmethode der empirischen Psychopathologie.

Nach den classischen Grundlegungen eines Prichard, Morel, Legrand du Saulle, Ribot, Hagen u. A. hat der Ausdruck „psychische Degeneration" längst den Charakter einer beschönigenden Phrase für unverstandene klinisch-psychologische Thatsachen verloren und ist vielmehr zum Ausgangspunkte für die Erforschung all' der von der durchsichtigen Erscheinungsweise psychoneurotischer Störungen abweichenden Krankheitsbilder geworden, die bis dahin ungeklärt und missgedeutet in ein unnatürliches System gezwängt wurden.

Aber mannigfach modificirt wird dieser Factor durch das einzelne Individuum betreffende anderweitige Processe, durch biologische, nutritive accidentelle Vorgänge, die je nach der Mächtigkeit ihres Einflusses das Krankheitsbild gestalten helfen.

Das Abwägen aller massgebenden Potenzen, die kritische Sichtung derselben führt zum klareren Einblick in das Getriebe des organischen Zusammenhanges, zum Verständniss des Einzelfalles, zur natürlichen Gruppirung psychischer Phänomenreihen. So geht auch jeder Versuch zu einer Verständigung auf diesem schwankenden Boden der „degenerativen" Basis logischerweise von der Prämisse aus, dass auch hier einheitliche Gesetze zu finden seien, welche die Verlaufsweise der Psychose im Rahmen psychischer Degeneration — „unter abnormen Bedingungen" — unter einheitliche Gesichtspunkte fassen lassen. So liessen sich wohlberechtigte Krankheitsgruppen aneinanderreihen, die je nach dem Vorwiegen bestimmter Symptome in der klinischen Verlaufsweise, je nach besonders markanten Zügen im Krankheitsanfalle sich aus dem ganzen Krankheitsgebiet abgrenzen liessen.

Diese Berücksichtigung gestattete es, „specifisch" charakterisirte Krankheitsbilder aufzusuchen, wie wir sie in den aus constitutionellen Neurosen, z. B. der Epilepsie, der Hysterie hervorgegangenen Psychopathien mitunter mit wenigen Strichen zu zeichnen im Stande sind.

Doch ist es in den wenigsten Fällen ein einzelnes Symptom, oder eine eng begrenzte Symptomreihe, die die Erscheinungs- und Verlaufsweise des psychopathischen Zustandes in erschöpfender Weise charakterisirte, es handelt sich immer nur um die Aufstellung eines Wahrscheinlichkeitsschlusses, dessen grössere oder geringere Berechtigung wieder auf die Dignität der Prämissen recurrirt.



Es handelt sich um gewisse „Färbungen", um „Signaturen" in dem Labyrinthe der Erscheinungen, deren Werth in ätiologisch-genetischer Beziehung nicht abzusprechen ist. Besonders ergiebig in dieser Richtung erscheinen psychische Zustände, die an Cardinalerscheinungen im biologischen Processe, sei es an Wachsthumsphasen, sei es an vorwiegende Triebe, sich anschliessend, durch gemeinsame Symptome sofort den engeren Rahmen, die specielle Basis verrathen.

So finden sich charakteristische Züge in gewissen durch Masturbation (wenn wir die hereditären, belastenden, degenerativen Einflüsse einstweilen bei Seite lassen) bedingten Irreseinsformen (von der einfachen „Beeinflussung" des psychischen Mechanismus, die ganze Reihe psychischer Krankheitsbilder durchlaufend bis zu einem der specifischesten: dem elektromagnetischen Verfolgungswahn mit Geruchshallucinationen, dem fast als „onanistisches Irresein" anzusprechenden Symptomencomplexe.

In höchst markanter Weise hebt sich ferner die Periode der senilen Involution in den in diese Lebensphase fallenden Psychopathien als vorwiegendes ätiologisches Moment ab.

Aehnliche Bestrebungen haben dazu geführt, von „Puerperalpsychosen" zu sprechen und nachzuforschen, ob sich klinische Charakterzüge fänden, die ein Herausheben dieser Gruppe nützlich erscheinen liessen*).

Jeweils haben solche Bemühungen mindestens den praktischen Erfolg gehabt, den Einblick in Aetiologie und Symptomatik zu vertiefen, zu individualisirenden Nachforschungen anzuregen, die klinische Systematik zu präcisiren.

Ein solcher verdienstvoller Versuch stammt von Dr. Ewald Hecker (Virchow's Archiv f. patholog. Anatomie etc., Bd. 52, H. 3., und Irrenfreund 1877, Nr. 4 u. 5) betreffs Psychopathien, die in oder im Anschluss an die geschlechtliche Evolutionsperiode beginnend, von ihm als „Hebephrenie oder Pubertätsirresein" herausgehoben werden.

Es liegt nicht in meiner Absicht, eine Kritik über diese Arbeiten anzustellen, ebenso wenig als eine Recapitulation der darin angegebenen Gesichtspunkte nöthig scheint.

Die lebensvolle Schilderung, die sorgsame Detailmalerei dieser proteusartigen Zustände hat auch andere Beobachter und Verarbeiter grossen Materiales dazu vermocht, Vergleiche anzustellen zwischen den von Hecker geschilderten und selbst beobachteten einschlägigen Fällen.

Eigenthümlich bleibt es immerhin, dass, während Hecker aus einer Beobachtungszahl von 500 Kranken 14 „Hebephrenen" herausheben konnte, Schüle (Handb. d. Geisteskrankheiten p. 234) aus circa 600 nur zwei „reine Fälle" fand, und schon auf Grund dieser zu anderen Ansichten über die fragliche Krankheitsform kam.

Es mag dies wohl daher kommen, weil man sich bisher scheute, von dem „typischen Bilde", das Hecker in seinem ersten Falle entworfen hatte, einigermassen abweichende oder in einzelnen Zügen nicht congruente Krankheitsbilder dahin zu rechnen, was Hecker in etwas liberalerer Weise für statthaft fand: ist doch in einer späteren Arbeit (Zeitschrift f. Psychiatrie,

*) Den letzten Versuch, specifische Puerperalpsychosen zu statuiren, hat noch Fürstner (Archiv f. Psych. Bd. V.) gemacht. Ripping (die Geistesstörungen der Schwangeren etc. p. 112) hebt dagegen sehr richtig den allgemeinen Standpunkt, den er in dieser Frage einnimmt, hervor.



Bd. 30, 5. u. 6. Heft, p. 612) die Krankengeschichte eines 31jährigen Pastors referirt, der nach überstandener „Katatonie" „unter dem ausgesprochenen Bilde der Hebephrenie mit nur ganz vereinzelten katatonischen Zügen" erkrankt.

Es scheint demnach auch schon diesem Autor eine gewisse Congruenz der Symptomfolge zwischen den Erregungszuständen der Pubertät und des reiferen Alters — unter gewissen Bedingungen aufgefallen zu sein. Solche Erscheinungen sind jedoch mindestens dem Namen „Hebephrenie" („Jugendirresein") abträglich und fordern in erspriesslicher Weise zur Aufsuchung neuer Gesichtspunkte, zur Klärung dieses Verhältnisses auf. Die nächste Frage wäre nach dem für die in Rede stehende klinische Krankheitsform massgebenden Momente, das ist die Frage nach der geistigen Pubertät. Ueber deren Nicht-Zusammenfallen mit der geschlechtlichen Evolution ist sich freilich schon die Volksmeinung klar; was anders sollte denn sonst der manchen Gegenden unseres deutschen Vaterlandes anhaftende Spottsatz: „Die Xer werden erst mit 40 Jahren gescheidt", besagen? Nun ist freilich auch die somatische Pubertätsperiode eine national und gar erst individuell ausserordentlich variable, und deren Grenzen von 16—22 Jahren als Durchschnitt für die germanische Race dürften nicht zu eng bemessen sein.

Dass jedoch das Lebensalter nicht der prädominirende Factor für gewisse Eigenthümlichkeiten der in Rede stehenden Krankheit sein kann, erhellt schon aus dem überwiegenden Antheil bestimmter psychomotorischer Phänomene, die sich in Psychopathien der verschiedensten Lebensalter vorfinden und dem Krankheitsbilde den Charakter des „impulsiven", „zwangsmässigen", „convulsiblen" (Schüle) aufdrücken.

Forschen wir weiter nach der Begründung dieser „Stigmata", so werden wir auf das Gebiet tieferer organischer Reizvorgänge verwiesen, wie sie als Charaktereigenthümlichkeiten neuropathischer Constitution in Scene treten.

Und diese klinischen Elementar-Erscheinungen sind es, die bestimmend auf den Beginn, den Verlauf, den Ausgang dieser psychischen Pubertätsstörung einwirken und dieselbe in einer Weise modificiren, dass der sich darauf aufbauende affective Zustand zu einem der verworrensten wird.

Damit werden wir aber in ein Gebiet verwiesen, das der Eingangs erwähnten degenerativen, *ab ovo* abnormen, originär verschrobenen psychischen Anlage angehört.

Manifestirt sich diese (meist auf hereditärer Belastung beruhende) Reactionsweise theils in angeborenen Defectuositäten (somatischen Degenerationszeichen), theils im Ueberwiegen der reflectorischen und convulsiblen Reizbarkeit (Convulsionen, Sinnestäuschungen in frühester Kindheit) bei nicht parallel der Entwicklung gehendem Fortschritte der höchsten psychischen Thätigkeiten (Intelligenz und Gemüth), so ist es eben die Zeit der geschlechtlichen Evolution, die, nach allen Erfahrungen als „kritisches Zeitalter" anerkannt, den höchsten Procentsatz in der Häufigkeit der Entartungspsychosen bietet.

Wie es in den biologischen Vorgängen aber keine scharf gezogenen Grenzen gibt, so auch hier: die „psychische Entartungsreaction" spielt nicht die alleinige Rolle, sondern theilt mit den Reactions-Erscheinungen der specielleren hinzutretenden Vorgänge: den occasionellen Organerkrankungen, gestörten Wachsthumsverhältnissen die Summe der phänomenologischen Vorgänge. Hier kommen dann psychische Eigenthümlichkeiten noch kindlich reagirenden Gehirnes (Mangel der durchgeistigten Affectzustände explosiver Charakter der

psychomotorischen Thätigkeit, vorwiegende Betheiligung der „subcorticalen Sinnescentren" [im Sinne Meynert's*]) in das Krankheitsbild.

Anderseits ist es die letzte Ursache — der moleculare, chemische, vasomotorische Vorgang, der die Erregung als *causa proxima* veranlasst, welche nach der am vollentwickelten psychischen Organe gewöhnlichen Weise — der gutartigen Psychoneurose (Melancholie, Manie, secundärer Schwachsinn) — den eigentlichen Krankheitsverlauf vorzeichnet. Was für Combinationen aus dieser ätiologischen Entwicklung möglich sind, ergibt sich in einfacher Weise durch folgende Ueberlegung:

1. Es gibt Krankheitsbilder in der Pubertätszeit, die nach der empirischen Formel der Psychoneurosen mit durchschimmernden Zügen der erblichen Belastung verlaufen, welche letztere bis dahin (in das prämorbide Leben) noch nicht erkennbaren Schatten geworfen haben, erst durch den Erregungszustand aus ihrer Latenz treten und nach Ablauf jenes Erregungszustandes in diese zurückkehren.

2. Die psychische Vulnerabilität ist eine nachweislich von Kindheit auf bestehende und spielt in der Pubertätspsychoneurose die grösste Rolle; die Reactionsmodi durchkreuzen sich, der gesetzte „Shoc" beeinflusst längere Zeit — oder dauernd die individuelle Existenz: das psychische Gleichgewicht bleibt dauernd ein labiles.

3. Der degenerative Charakter ist tief eingewurzelt, er erleidet in den biologischen Phasen nur obenhin Erschütterungen, das acute Krankheitsbild ist ein ephemeres — nur ein Zustandsbild, bis zur Neigung zur Periodicität.

Diesen Gesichtspunkten folgend erlaube ich mir aus dem seit fünf Jahren angehäuften klinischen Materiale von über 1000 Krankengeschichten jene mitzutheilen, die, in den Rahmen der Pubertätsstörungen fallend, durch „eigenthümliche Erscheinungs- und Verlaufsweise dieselbe Basis haben dürften, wie die von Hecker reproducirten (l. c.), während sie symptomatologisch diesen gleich stehen".

Es ergaben sich demgemäss zwölf Fälle (vier männliche, acht weibliche), deren „Erkrankungsanfang" in das 13. bis 23. Lebensjahr fiel.

In allen Fällen (mit Ausnahme eines einzigen, dessen genealogische Verhältnisse ob totaler Unbekanntschaft der väterlichen Qualität uneruirbar blieben) war hereditäre neuro-psychopathische Belastung nachgewiesen worden. (Von beiden Ascendenten her sieben, von Vaters Seite drei, von Mutterseite ein Fall.)

Ausserdem fanden sich anatomische Abnormitäten sehr häufig (neunmal), darunter zweimal Mikrocephalie, einmal Hydrocephalie, viermal auffällige Asymmetrie der Schädel und Gesichtshälften.

Frühzeitig war schon die functionelle Seite des Nervensystems afficirt: originärer Schwachsinn lag vor in vier Fällen, Gemüthsreizbarkeit bis zu leichter Convulsibilität in vier Fällen, in zwei Fällen waren schon in früher Kindheit als epileptoid anzusprechende Dämmerzustände bemerkt worden, je einmal findet sich „Frühreife der intellectuellen Fähigkeiten", und vorausgegangene Psychose anamnestisch festgestellt. Auf derartigen Grundlagen baut sich nun von den mannigfachen Schädlichkeiten, denen die Pubertätszeit ausgesetzt ist (denn die Pubertät an und für sich wird wohl kaum als krankmachendes Moment angesehen werden dürfen), als abnormes Längenwachsthum,

*) Ueber Fortschritte in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen. Psychiatrisches Centralblatt 1878, Nr. 1, p. 21.



Chlorose und Anaemie, Anomalien der Entwicklung der Sexualorgane und Masturbation, eine Psychopathie auf, die je nach dem mehr minderen Grad der „disharmonischen Persönlichkeit", sowie des letztgesetzten Krankheitsreizes, von der einfachen Psychoneurose (Melancholie, Manie, Lösung) mit einzelnen Belastungs-Symptomen aufsteigend bis zur exquisit degenerativen Geistesstörung epileptisch-deliriösen Charakters — mit nur einzelnen „wie ein rother Faden" durchlaufenden manischen Elementen — ein Gewirre von Symptomen zur Anschauung bringt, dessen klinische Deutung an der Hand vorstehender Deductionen versucht werden soll.

Zu diesem Behufe mögen einige Beispiele dienen, die ich der klinischen Beobachtung entnehme:

I. Beobachtung.

Dampf Marie, 14 Jahre, wurde am 19. December 1877 auf die Klinik gebracht.

Mutters Vater seit Erwerbsfähigkeit starker Potator, vertrank successive seine Habe. Mutters Mutter, jähen Temperamentes, litt an habitueller Migraine.

Mutter war sehr labiler Gemüthsbeschaffenheit, besonders zur Zeit der Katamenien ausserordentlich reizbar.

Vaters Ascendenz angeblich intact.

Vater selbst augenscheinlicher Potator, wird von allen Bekannten als „rappelig" bezeichnet.

Patient einziges Kind. Keine Störung im Geburtsverlauf, keine Fraisen. Mit etwa 4—5 Jahren Erysipel der Nase.

Geistig gut entwickelt, es heisst „abnorm gut", war geschickt in allen Hausarbeiten, auch musikalisch.

Mit 13 Jahren traten die ersten Menses ein, ohne jedwedes Symptom pathologischer Art.

Etwa acht Tage vor der Aufnahme fing sie an, Nachts zu lamentiren, „die Tante sei gestorben", sie könne nicht schlafen vor Angst. Den nächsten Tag unauffällig, richtete ihre gewöhnliche Arbeit ordentlich.

An einem der nächsten Tage äussert sie plötzlich zum Vater, seine Augen seien falsch, sie könne die falschen Augen nicht vertragen! Dann wieder bat sie, er solle ihr eine Scheere geben, sie müsse sich die Haare abschneiden; gleich darauf wieder fuhr sie in der begonnenen Arbeit fort, und hörte sie der Vater in der Küche draussen lustig singen.

Die Frage, warum sie denn so lustig sei? beantwortete sie: „ich thue ja Stiefel putzen."

Solch unmotivirter Stimmungswechsel dauerte nun an; bald war sie tief betrübt, weinte, fürchtete sich vor aller Welt, bald wieder lachte sie laut und hell auf, sang und sprang; die Nacht vor der Aufnahme entwischte sie aus der Wohnung, lief in ganz leichter Toilette im Hause herum, pochte an allen Thüren, läutete Alles aus dem Schlafe. Warum? blieb sie schuldig, zeigte Angst.

Ein Zug von Erotismus ist aus den letzten Tagen auch schon nachzuweisen, sie kokettirte auffällig, dabei sehr kindisch-läppisch mit einem jungen Herrn des Hauses.

Bei der Aufnahme war Patient befangen, lächelte befremdet.

Auskunft nicht recht zu erlangen, unter Kichern und Seufzen: Seit einem Jahre hintergehen sie die Leute — mit den Blicken, auch der Vater,



doch dieser erst seit Kurzem; sie sei darüber „so melancholisch" geworden, habe nicht unter die Leute gemocht — es sei so spassig gewesen, sie wisse schon was — was der Doctor von ihr wolle, er solle nicht so fragen, das brauche sie nicht zu wissen, sie sei noch unschuldig.

(Letzteres bezog sich auf die Frage um ihren Schlaf.) Wo sie denn sei? „im Findelhaus", erst sei sie mit einer Freundin in das Krankenhaus, dann hieher gefahren, wozu im Findelhaus? wenn nur der Name nicht wäre! Ob sie Nachts was gehört habe? „Ja, den Leichenzug des Vaters" — ob denn der gestorben? „kann sein, das weiss ich nicht" — „genire mich so viel, gehen Sie weg, ich kann Sie nicht leiden, man hintergeht mich immer"; — „auch in der Zeitung war eine Bemerkung von den blauen Augen und dem blauen Band — was gehen mich die blauen Augen an, oder weil ich die blauen Augen habe"?

Ihre Diction ist exquisit kindisch-läppisch, die *copia verborum* fehlt in jeder Beziehung bei der Schilderung der subjectiven psychischen Symptome, dabei ist ein Zug von Erotismus unverkennbar, abgesehen von der Rede, auch in dem eckigen, plumpen Verschämtthun.

Der Krankengeschichte folgend, ergibt sich folgender Verlauf: 20. December Nachts sehr unruhig, meist schreckhaft über Hallucinationen: sah ihren Vater neben ihrem Bett stehen, der sie morden wolle; gleich darauf springt sie aus dem Bett, es fällt ihr was Lustiges ein, sie beginnt zu singen, declamiren. Dabei bemerkt man, dass sich ihr Gedankengang eigentlich stets nur um einzelne Phrasen dreht, die sie in verschiedener Betonung, bald hochdeutsch, bald im Dialekt, bald mit ungeheuerem Pathos, bald mit kecker Bänkelsängergeberde äussert.

Sie schafft Alle aus dem Zimmer, unter dem Prätexte: „Alle seien falsch, auch die barmherzige Schwester sei falsch"! — interpellirt, warum sie das sage? „Ich muss das sagen, was mir einfällt."

21. December. Hat heute einen Ton angenommen, der an gewisse Possenreisser, die eine Tragödie darstellen wollen, erinnert. Sie singt: „kling, klang, kling, klang, ich bin zu stolz, zu stolz auf Frauenburg." Dazu verneigt sie sich „wie ein Edelfräulein, das sich vor hohen Herrschaften verneigt." Wegen ihres sonderbaren Benehmens befragt, erklärt sich Patient für „die Anna von Gösting" (Gestalt eines steirischen Volksromans) — spricht die Aerzte als „Kaiser Karl" und „Kaiser Max von Mexico" an.

Bald darauf ist sie selbst „die Kaiserin, die Freifrau auf der Frauen- oder Jungfrauenburg" — sie singt sich selbst einen monotonen Hymnus mit hohler Stimme (wie es Knaben zu thun pflegen, die im Mutiren sind), in dem sie ganz aufgeht, Nahrung weigert, und wenn man ihr solche aufdringen will, plötzlich aus der Rolle fällt mit einem trivialen „Lecken Sie mich im A . . . "

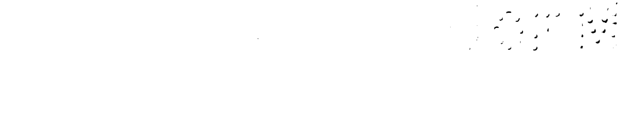
22. December. Stets dieselben Ritornelle plärrend, ganz Possenreisser.

Wirft stundenlang den Kopf hin und her, macht eine hochwichtige Miene: „ging, gong, ging, gong, — und wissen Sie, — und wüssen Sie, und wichsen Sie" — etc.; stets das Gleiche.

Sie fühlt sich offenbar als etwas Höheres, weist auch die Nahrung zurück als „zu schlecht".

24. December. Monotones Nobelthun, dazwischen im ordinärsten Dialekte „Sö Esel, schaun's, dass aussikommen! — lecken etc."

Andauernd schlaflos.





Anfangs Januar 1878 noch immer dieselbe monotone, hochtrabende Komödienspielerei — geschraubtes Vornehmthun, dazwischen triviales Schimpfen, unvermittelter Uebergang beider Stimmungsphasen.

„Hetzt Wortverbindungen zu Tode", ebenso wie ihre Körperbewegungen höchst einförmig bis zur Ermüdung dauern.

Erotismus jeweilig durchleuchtend, spricht von jungen Herren. Zerreisst ab und zu den Strohsack, salivirt stark.

Im Laufe des Februars nimmt die Ernährung zu, Patient wird motorisch ruhiger, lenkt in gewöhnliche Bahnen ein.

Am 8. März fällt die Bemerkung: „haben wohl viel gelacht, weil ich närrisch war, Narren können thun, was sie wollen."

Die Zeit der Menstruation setzt noch etwas lächerliche Stimmungen, die dann rasch abklingen.

Die psychische Persönlichkeit wird immer correcter, Patient hat volle Krankheitseinsicht und wird am 14. April genesen entlassen, von Verwandten und Bekannten als vollständig *restituta ad integrum* anerkannt.

Sehen wir uns die somatische Sphäre an, so finden wir Hand in Hand mit der psychischen Störung den abnormen Gang der Pubertätsentwicklung.

Zunächst die Wachsthums- und Bildungsverhältnisse: Patient ist abnorm hoch und schlank gewachsen.

(Körperlänge 166 Centimeter), ihr Schädelumfang (Maasse nach Arnold) beträgt 51 Centimeter. Die Ohr-Stirnlinie 30, Ohr-Scheitellinie 33·5, Ohr-Hinterhaupt 23. Längsdurchmesser (*Glabella* zur *Protub. occ. ext.*) 18, grösste Breite (unter den *tub. parietal.*) 14·5, Stirnbreite 11·0. Nasenwurzel und Mundspalte breit, massig. Gesichtsschädel überhaupt überwiegend. Stirn etwas „fliehend".

Die Untersuchung der Genitalien ergab: Aeussere Genitalien: gut gebildet. Hymen defect, Vaginalportion sehr klein und kurz. Uterus im Ganzen noch klein, übrigens keine weitere Anomalie. Brüste infantil. Die übrigen Körper-Verhältnisse bieten keine localen pathologischen Erscheinungen.

Im Allgemeinen fällt das (puerile) Missverhältniss zwischen Längen-Entwicklung einerseits und Muskeln und Fettansatz andererseits auf. Die Gestalt erscheint dadurch ungemein schlotterig, eckig und die schlendrigen Bewegungen erhöhen womöglich noch den Eindruck des Lümmelhaften.

Ein mässiger Grad von Anämie, zarte, blasse Hautdecken vollenden das somatische Ensemble.

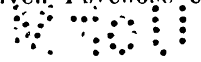
Als Patient in die Behandlung trat, wog sie 45·9 Kilogramm — genesen: 53 Kilogramm — Differenz: 7·1 Kilogramm.

Damit hatte auch ihre Gestalt eine reifere Rundung erhalten, ihre Hautfarbe war eine gesunde, rothe geworden, es hatte sich eine gewisse Harmonie in den verschiedenen Dimensionen herausgebildet.

Fassen wir den vorstehenden Fall näher in's Auge, so haben wir ein Individuum vor uns, welches hochgradig (doppelt) erblich belastet in die Pubertät tritt.

Das abnorm rasche Wachsthum verbreitet sich nicht gleichmässig über alle physiologischen Systeme: es bleiben auf Kosten des Knochensystems die Muskeln, Gefässe, Blutbildung zurück.

Es bildet sich auf Grund dieser Ernährungsstörung eine psychische Krankheit aus, die, sofort mit der Pubertät beginnend, in einer ziemlich acuten affectiven Psychose culminirt.





Die psychischen Symptome beginnen im Sinne melancholischer Elemente: Angst, mit der Motivirung durch „Hintergangenwerden von den Leuten", Leutscheu, Grübeln.

Schon dieses Stadium zeigt zwischendurch viel Impulsives, Zwangsmässiges, Unmotivirtes in den Handlungen: plötzliches Haarabschneiden, Umherrennen. Es treten schreckhafte Hallucinationen auf (Leichenzug des Vaters, der Tante). Es treten aber auch schon Primordialdelirien der Verfolgung, gleichsam erste Signale tieferer Fälschung des Urtheils, Einzelsymptome aus dem bekannten Bilde der „primären Verrücktheit" in Scene. So abortiv diese Primordialdelirien auch im weiteren Verlaufe zum Vorschein kommen, so sind sie doch nicht gleichgiltige Erscheinungen. Durch den herrschenden Affect nicht begründet, nur ganz oberflächlich mit der übrigen Vorstellungsmasse verbunden, in theatralischer spielender Weise von der erkrankten Persönlichkeit selbst „angestaunt"; dabei jedoch zwangsmässig wiederholt, stellen sie doch gleichsam aus der Tiefe des Unbewussten hervorragende Theilerscheinungen erblich degenerativer Hirn-Anlage dar, denen eben nichts fehlt, als systematische Verwerthung zum Selbstbewusstsein.

Sie sind „fremde Erscheinungen" in dem Krankheitsbilde der Psychoneurose, sie gehören einem anderen Gebiete an.

Nach einigem Schwanken der Affectzustände gelangt das „maniakalische" Stadium zur Geltung: der Bewegungsdrang, die sexuelle Erregung, der abspringende Gedankengang, das erhöhte Selbstbewusstsein, die nur ganz temporär auf Grund von Stimmungswechsel in traurigzornige Ausbrüche umschlagende heitere Verstimmung behält die Oberhand bis zum Abklingen des Krankheitsbildes, ja sie flackert sogar nochmals bei Gelegenheit eines Menstruationstermines auf.

Etwas eigenthümlich „Zerfahrenes" hat aber auch der ganze Affect-Zustand, es ist nicht die Reactionsweise des erwachsenen, ähnlich erkrankten Gehirnes, es imponirt nicht die Mannigfaltigkeit der producirten psychomotorischen Acte: das noch puerile Vorstellungscapital wird mit „kindlichen" Mitteln verwerthet, die Reproduction banaler Ausdrücke, komischer Jargons, die dem nachahmungsbeflissenen Backfischalter wohl als etwas ganz besonders Witziges erscheinen, bilden den Hauptinhalt der spasshaften maniakalischen Emanationen.

II. Beobachtung.

Gross Marie, 21 Jahre, ledig, Dienstmagd aus E., aufgenommen den 28. Januar 1879.

Mütterlicherseits (auch schon deren Ascendenz) „Auszehrung" in der Familie.

Patient ist ausserehelich mit einem trunksüchtigen, versoffenen Thierarzt erzeugt. Der erste Spross aus dieser Gemeinschaft, ein Sohn von 23 Jahren, soll gesund sein.

Patient war in der Kindheit nie krank, auch psychisch nicht abnorm (genoss wenig Erziehung).

Die Menstruation soll „zeitlich", wann? war nicht festzustellen, eingetreten sein, stets regelmässig, das letzte Mal 3 Wochen vor der Aufnahme.

In einfachen ländlichen Verhältnissen aufgewachsen, kam sie im Sommer 1878 nach der Stadt in Dienst. Die grösseren Verhältnisse perturbirten sie offenbar: „sie habe sich nie recht ausgekannt".



Dem anderen Geschlechte stets sehr zugethan, hatte sie auch in Graz ein Liebesverhältniss. Des Dienstes entlassen, da sie nicht recht tauglich schien, kehrte sie zu Allerheiligen 1878 wieder in die Heimat zurück.

Hier vertrieb sie sich die Zeit mit sehnsüchtigem Harren am Fenster „ob er wohl kommen wird?" kopfhängerisch, seufzend, nicht recht arbeitsfähig, verfiel sie auf's Beten, Kirchenlaufen. Bald war sie in der traurigen Verstimmung soweit gelangt, sich für eine grosse Sünderin zu erklären, Selbstmord-Ideen zu äussern.

Oft schreckt sie Nachts auf, meinte Geräusch zu vernehmen, hatte Präcordialdruck, meinte: „sie müsse sich das Leben nehmen, und wenn sie Gift hätte, würde sie es auch ausführen." Doch fehlte jede rechte Motivirung und Schuldbewusstsein.

Bei der Aufnahme verhielt sie sich vollständig reservirt, gab wohl ihre Generalien richtig an, auch dass sie an Schlaflosigkeit leide, doch mehr nicht. Schon jetzt war es auffällig, dass Patient verstohlen lächelte, um sich blickte, verwundert dreinsah, was gar nicht zu ihrer sonstigen eher weinerlichen Stimmung passte.

Die körperliche Untersuchung ergab folgenden status: Mittelgross, kräftig, gut genährt, etwas anämisch. Schädelumfang 55·0. Längsdurchmesser 18·0, Breite 15·0. Hydrocephalischer Bau: niedrige, breite Stirne mit vorgetriebenen Höckern, Nasenwurzel breit, eingesunken. Die beiden mittleren Schneidezähne „wie Milchzähne" gerieft, die beiden seitlichen rudimentär. Das rechte Auge irrt sehr leicht nach aussen ab, die linke Gesichtshälfte überwiegend innervirt.

Sonst nichts Besonderes, Genitalbefund negativ (Hymen fehlt, Uterus virginal), Körpergewicht 55 Kilogramm.

Im Decursus findet sich:

30. Januar Menses. Komische, verzwickte Person, lacht ohne Grund, schaut dumm drein. „Seit sie hier sei, habe sich Alles verändert, es komme ihr so zum Lachen, wie es ihr früher zum Weinen gekommen. Sie komme sich vor, wie wenn sie ein Polichinellmandl (Hanswurst) wäre. Sie sehe Nachts hie und da so spassige Mandeln, höre etwas wie Musik, bei der Thür sitze auch öfters was wie ein Polichinellmandl."

3. Februar. Lacht hell auf, „das sei doch spassig, auf jeder Stricknadel sitzt ein Polichinellmandl." Sonst sieht sie stier zum Fenster hinaus, auch Nachts, und lacht dabei auf.

6. Februar. Nachts einigemale aufgestanden, angekleidet, dann wieder ausgekleidet. Morgens referirt Patient, „es sei ihr so vorgekommen, als ob sie fort sollte." Lacht dabei, thut verschämt, läppisch.

10. Februar. Meist ruhig, verdutzt, erotisches Händedrücken.

17. Februar. Schläft besser, sehr verzwickte Persönlichkeit, „verwurstelt", lacht noch vor sich hin, äussert sich wenig.

10. März. Besorgt Küchengeschäfte ordentlich, geht auch auf die Strasse, lacht aber immer noch unmotivirt, meist wenn man sie nicht beachtet.

20. März. Nachlass der maniakalischen Erregung, schläft viel, ist leicht reizbar.

18. April. Nach mehrfachen Besuchen Angehöriger, selbstständigen Ausgängen erscheint sie „*restituta ad integrum*". An Krankheitseinsicht nicht zu zweifeln, sei eben „närrisch" gewesen, „habe stets lachen müssen".

Gewicht 58·5 Kilogramm.



Auch dieser Fall bietet die Verlaufsweise Melancholie-Manie-Genesung.

War der Fall der ersten Beobachtung noch ein ziemlich ergiebiger betreffs manischer Symptome, so finden wir in der zweiten Beobachtung wohl deutlich ausgeprägt Melancholie und folgende Manie, doch durch die aufhabende Imbecillität auf eine niedrigere Cerebrationsstufe herabgedrückt.

Treten auch Hallucinationen, ja sogar (im melancholischen Vorstadium) *raptus suicidii* auf, so hindert die torpide Persönlichkeit jeden affectiveren Aufschwung von längerer Dauer.

Gleichwohl geht der Sturm vorüber, ohne restirende Aenderung der psychischen Fähigkeiten.

III. Beobachtung.

(Citirt nach den Notizen der steiermärkischen Landes-Irrenanstalt.)

Zürngast Marie, 16 Jahre. Vater starb irrsinnig. Patient seit Kindheit sonderbar, „nicht recht beisammen". Mit 15 Jahre menstruirt. August 1875 ohne äussere Ursache erkrankt. Die Psychose bietet manische Elemente: planloses Herumlaufen, Besuchen der Nachbarsleute, Vernachlässigen der Arbeit, allerlei verkehrtes Treiben.

Bei der Aufnahme (11. August) macht Patient „sonderbaren" Eindruck; grosser Wechsel der Symptome, scheint ein wahrer Proteus zu sein. Bald kniet sie nieder, die Hände gefaltet, weinerlich, sich fürchtend, bald zeigt sich eine manieartige Aufregung, die sich in muthwilligen läppischen Streichen und Kindereien kundgibt, bald liegt sie affectlos, wie schlafend da.

Dabei ganz ungereimte Behauptungen; z. B. der liebe Gott habe ihr schöne Schuhe bescheert, während sie ausser Hause war, er habe ihr noch viele andere schöne Sachen geschenkt.

Patient bietet somatisch bis auf eine auffällig schmale niedrige Stirne — anämischen Habitus, nichts Besonderes.

Im Verlaufe remittirend, exacerbirend, sehr wechselnd in der Qualität der Affecte.

Ende December 1875 definitiv keine Abweichung von der (relativen) gesunden Persönlichkeit, Krankheitseinsicht.

Seitdem gilt sie als „gesund".

IV. Beobachtung.

Schreibmayer Marie aus J., zur Zeit der Aufnahme (7. December 1876) 14 Jahre alt.

Vater Potator, Mutter angeblich gesund. Grossmutter mütterlicherseits war geisteskrank. Schwester des Vaters litt an heftigem Tremor. Patientin ist das älteste Kind, die übrigen sind bisher gesund.

Die Entbindung soll schwer, langdauernd gewesen sein. Aus der Kindheit nichts auffälliges. Einmal verbrühte sie sich mit heissem Wasser Brust und Arme.

Im Jahre 1875 den Sommer und einen Theil des Herbstes heftige Kopfschmerzen, schlief sehr viel, klagte Präcordialdruck, „wuselndes" aufsteigendes Gefühl im Hals. Häufige ructus.

Genas davon vollständig.

1876 im Mai, nach dem Tod eines Stiefbruders deprimirt, betete viel, klagte sich unwürdiger Beichte und Communion an, bewegte sich in ängst-



lichen Erwartungsaffecten. Grosse Abulie, motorische Hemmung, meinte „die Umgebung fertige Todtentruhen".

Mit Ende November Umschlag in Heiterkeit, Herumspringen, Fortlaufen, zweckloses Zerzupfen, zerschnitt u. a. ein Hemd in lauter kleine Stückchen, einen neuen Rock, meinte, sie werde ihn schon wieder zusammennähen. Benahm sich ganz kindisch „fratzenhaft". Bei der Aufnahme verschmitzt lächelnd, schelmisch umherblickend. Auf Fragen platzt Patientin in Kichern aus, nestelt an ihren Kleidern, Haaren herum.

Somatischerseits: Für ihr Alter gut entwickelt, gut genährt. Ausgebreitete Brandnarben.

Schädel von gewöhnlicher Grösse. Das rechte Seitenwandbein in seinem oberen Theil, gegen die grosse Fontanelle hin derart abgeflacht, dass es wie eine Einsenkung aussieht.

Dichte, weit herabreichende Behaarung des Schädels. Ohren im Helix flach und gezwickelt. Stark wulstige Gaumennath.

Die linken, oberen Schneidezähne stehen hinter der Front zurück. Der linke, obere Eckzahn steht abnorm nach vorne. Der rechte obere Eckzahn ist eben im Durchbruch.

Pupillen ziemlich weit, reagiren gut. *Struma parenchymatosa.*

Herzchoc zwischen der 6. und 7. Rippe. Dämpfung bis zur Mitte des Sternums beginnend unter der 2. Rippe. Der erste Ton in den Ventrikeln, der zweite Ton in der Pulmonalarterie „gespalten".

Aus dem Beobachtungs-Journal ist folgendes zu entnehmen:

8. December. Lacht viel vor sich hin, Abends arges Weinen und Heulen, ganz triebartig, drängt blind fort zur Mutter.

10. December. Verschmitztes, motivloses Lachen, schläft gut, lacht im Schlafe oft hell auf.

13. December. Schreckliches Geheul und Jammern nach der Mutter: auf der Höhe Umschlag in expansiven Effect.

Bricht heute alle Blumen ab, ganz motivlos.

15. December. Zieht sich nackt aus, coram omnibus, besieht und belacht ihre Reize. Lacht sehr viel. Erzählt, sie habe Nachts Geister gehört, wie Seidenkleider rauschen.

20. December. Lacht und weint in buntem Wechsel; singt ab und zu „Schnadahüpfeln", verrichtet ihre Nothdurft auf den Leibstuhldeckel.

2. Januar. Lacht sehr viel, zieht sich oft nackt aus, singt zum Fenster hinaus.

4. Januar. Menses eingetreten, ohne Einfluss auf das Krankheitsbild, welches stets kaleidoskopisch, moria-artig.

Mit der folgenden Menstruation (7. März) verläuft eine Exacerbation im Sinne maniakalischer Unruhe. Ab und zu unrein.

15. März. Andauernd Lustaffecte, Eulenspiegeleien.

26. März. Zerreisst die Kleider.

27. März. Kann kein Motiv angeben für ihre Thaten.

Im Laufe des Juni und Juli noch viel herumknien, beten, doch ohne melancholischen Hintergrund. Ist ruhiger, manierlich geworden, und verliess am 4. August 1877 in wesentlich gebessertem Zustande die Anstalt.

Mit dieser Verlaufsweise treten schwerere neuropathische Symptome auf: die constitutioneller Hysterie. Auch die psychische Erscheinung, in ihrer Launenhaftigkeit, Affectirtheit, Impulsivität, schielt schon stärker in das Gebiet



hysterischer Psychopathie, die auch den rapiden Wechsel der Affecte begreiflicher macht.

Gleichwohl sind die melancholische und die maniakalische Phase deutlich unterschieden, und treten erst in der maniakalischen Periode, jener der tieferen Störung des Gehirnlebens, deutlichere hysterische Eigenheiten zu Tage, meist mit dem Charakter der „Impulsivität".

V. Beobachtung.

Piringer, 19 Jahre, ledige Bauerstochter, aufgenommen am 18. November 1875. Vater Potator, starb vor 6 Jahren, 70 Jahre alt. Von 3 Kindern ist Patientin das jüngste. Die Familie der Mutter leidet an krampfhaften Zufällen. Vom 14. bis 18. Jahr Chlorose. Dann menstruirt. Körperlich stets gesund, originär schwachsinnig. Seit Winter 1874 auf 1875 cessiren die Menses. Seitdem psychische Aenderung: lacht oft vor sich hin, Alles komme ihr so spasshaft vor; mitunter weint sie auch, ist traurig, schreckhaft, Nachts unruhig, klagt Kopf-, Leibschmerzen. Leidet an habitueller Stuhlverstopfung. Bei der Aufnahme findet sich folgender Status praesens:

Patientin ist weder maniakalisch noch melancholisch, macht den Eindruck einer Hysterischen. Klagt Hinterkopf-, Kreuz-, cardialgische Schmerzen.

Sieht „verzwickt", verdutzt drein. Ganz läppisch, kindische Ausdrucksweise; scheues verlegenes Herumgucken.

Somatisch bietet sie Mittelgrösse, guten Ernährungszustand. Schädel abnorm klein.

(Maasse: Horizontalumfang 50 Centimeter. Ohrstirnlinie 27·5. Ohrscheitellinie 34·0. Ohr-Hinterhauptslinie 20·5, Nasenwurzel zur eminent. occipital. 32·5, scharfer Kielschädel. Nase stark nach rechts ausgebogen. Die linke Schädelhälfte in toto kleiner, die fast ausschliesslich agirende linke Gesichtshälfte ist weniger ausgebildet als die rechte. Die linke Carotis schwächer. Patientin ist linkhändig. Die Extremitäten indess gleichmässig ausgebildet. Im Uebrigen sind auch die Ohren abnorm: dieselben stehen vom Schädel weit ab, dabei ist besonders der mittlere Theil des Helix fast senkrecht gegen den Schädel abgebogen.

Der Verlauf bis zur Mitte Januar 1876 bietet Folgendes: Komische, verzwickte Persönlichkeit mit ganz buntem kaleidoskopischen Wechsel der Symptome, ein wahrer Proteus. Bald ist sie ängstlich, traurig, weinerlich, wie ein Kind, drückt sich in Ecken herum, scheu, abulisch; bald heiter, ausgelassen. Sie lächelt dann vor sich hin, meint, es kommen ihr so spassige Sachen vor, sie habe nächtlicher Weile so sonderbare Lichterscheinungen, es kommen ihr so spassige Redensarten zu Ohren.

Dabei ganz triebartige, impulsive Handlungen: Bald flicht sie an den Haaren, bald springt sie im Zimmer herum, bald drängt sie heftig fort, sie müsse spazieren gehen, in die Stadt, zu einem Rendez-vous mit ihrem Bräutigam (wer er ist, wo der Ort des Stelldichein, weiss sie nicht anzugeben), manchmal kommt es ihr vor, als sei sie selbst der Bräutigam.

Ueberhaupt ganz unmotivirtes Vorstellen.

Zu Zeiten wieder scheu, leicht stuporös, ohne Motiv zu Bett, oder in den Winkeln sich herumdrückend.

Nebenher klagt sie Kopf-, Bauchschmerzen, aber ohne allen Befund.

In der Folge rasch zunehmender Schwachsinn: Stets kindisches, läppisches Wesen, Ausbrüche von unartigem Zorn bei Versagung von Wünschen. Weint nach der Mutter, drängt heim, bricht plötzlich in Lachen aus.

Der Zustand der Patientin, die später in ein Siechenhaus versetzt wurde, konnte nicht weiter verfolgt werden.

Das ziemlich acute Einsetzen psychischer Störung, der terminale, psychische Schwächezustand gestatten die Diagnose auf intercurrente tiefere Functionsstörung des *ab ovo* pathologischen Gehirnes, das dadurch einen dauernden Defect davongetragen.

Ob die essentielle krankmachende Ursache eine mächtigere gewesen, als in den vorhergehenden Fällen, ob ein Vorgang von ähnlicher Intensität das centrale Nervensystem getroffen, mag dahingestellt bleiben; begreiflich werden wir es aber finden, dass bei dem Vorhandensein einer derartigen Menge körperlicher Defecte und Anomalien die Reaction eine durchaus pathologischere, kaleidoskopische sein wird.

Eine weitere Etappe in der durch degenerative Hirnconstitution gestörten Psychoneurose, kaum mehr als „maniakalischer Anfall" erkennbar, stellt die folgende Beobachtung vor.

An einen depressiven Affect schliesst sich ein quasi melancholisches Vorstadium, das sofort im Sinne primordialer Verfolgungsdelirien debutirt. Alsbald einsetzende „impulsive" Heiterkeit kündigt die maniakalische Phase an, die wiederum durch Symptome sexueller Ueberreizung (Masturbation) durchsetzt wird. (Geruchshallucinationen) Stimmungswechsel, vielleicht auch traumhafte Grössendelirien mischen sich hinein, endlich geht das Erschöpfungsstadium „moriaartigen" Benehmens in den terminalen, nur noch von einzelnen fragmentaren Reizsymptomen durchsetzten Blödsinn über.

VI. Beobachtung.

Sorg Anna, 19 Jahre, ledig, Fabriksarbeiterin aus Graz, aufgenommen den 5. Juni 1877.

Angeblich keine Heredität, aussereheliches Kind. Keine Geschwister.

Als Kind stets gesund, soll gut und leicht gelernt haben. (?)

Mit 17 Jahren menstruirt, stets regelmässig. Keine besonderen Krankheiten, keine Excentricitäten oder Charakteranomalien.

Zu Ostern 1877 überwarf sie sich mit ihrem Geliebten, war seitdem „ganz ausgewechselt". Weinte, behauptete, die Leute trauten ihr nicht, sie werde auf der Gasse mit verdächtigen Blicken beschossen, man mache sie durch Geberden lächerlich. Patientin ging deshalb nicht mehr auf die Gasse, zog sich zurück, sass in Zimmerecken herum, simulirte vor sich hin, lachte dann wieder plötzlich laut auf.

Sie behauptete fortwährend, alle Leute sekirten und verfolgten sie, von drei Männern werde sie umgebracht werden, ihr werde der Bauch aufgeschlitzt. Schlaf und Appetit waren nicht alterirt.

Bei der Aufnahme beklagte sich Patientin mit scheu verlegener Miene und coquettem Augenzwinkern, dass man ihr Tag und Nacht keine Ruhe lasse, ihr prophezeie, dass ihr der Bauch aufgeschlitzt werde, ihr vorwerfe, sie sei eine Hure. Ueber Geruchshallucinationen befragt, referirt sie, dass es ihr schon oft vorgekommen sei, „es rieche nach Schwefel". Mehr gibt sie



nicht preis, sie reagirt auf weitere Fragen nur mit einem vielsagenden Blick nach oben.

Somatischerseits: Gracil gebaut, gut genährt, Gewicht 43·9 Kilo.

Schädel sehr klein, niedrige Stirn, keine localen Degenerationszeichen.

Verschrobene verzwickte Miene, komisches Mienenspiel. Bei der Aufnahme Harnverhaltung. Kratzeffecte an den *labiis major.*, in der Umgebung eine eczematöse Hautaffection, starke Wulstung und Schwellung der Schleimhäute. (Verdacht auf Masturbation.)

Im Verlauf meist ruhig, passiv, träumerisch versunken. Die Miene drückt inneres Behagen aus, sie schien zu halluciniren und zwar nicht unangenehmen Inhaltes. Sie lachte viel vor sich hin, liess sich an- und ausziehen, sich füttern. Ab und zu zog sich Patientin *coram publico* aus, wollte sich dann nicht mehr ankleiden lassen. Oft ertappte man sie, wie sie an den Genitalien spielte.

Zu Zeiten war sie wieder in tiefen Schmerz versunken, wimmerte und weinte vor sich hin, lief mit aufgelöstem Haare herum. Ein Motiv war für diese Handlungsweise nicht aufzufinden. Zu Zeiten wieder that sie sehr stolz, isolirte sich von der Umgebung, sass mit majestätischer Miene unbeweglich da, wehrte sich gegen jeden Eingriff.

Stets ein „Proteus". Kindisch, läppisch, bald lachend, bald weinend ohne Motiv. Ganz impulsives Handeln, z. B. Zerreissen der Kleider. Zu keiner geordneten Thätigkeit zu bringen. Auch die Douche hat nur vorübergehend Erfolg.

Nägelkauen, läppisches Lachen, Spielen in den Haaren, den Fingern, Zerzupfen der Kleider sind ihre Lieblingsbeschäftigungen.

Als die Mutter sie versuchsweise nach Hause nahm (November 1877), war sie zu nichts zu brauchen: machte dumme Streiche, versuchte, sich mit einem Topfscherben die Augen auszustechen, schnitt sich die Haare ab, nahm Zwangsstellungen ein, geberdete sich läppisch, impulsiv.

Sie wurde abermals in die Anstalt gebracht (December 1877). Sitzt meist blöde lächelnd da, nestelt träumerisch versunken an dem Haare herum, gibt läppische, kindische Antworten, auch die Diction ist die eines kleinen Kindes.

Rasche Verblödung: nestelt in den Haaren, steht zwecklos herum, zu keiner Arbeit brauchbar, lacht nur selten mehr hell auf.

Im Laufe des Mai 1878 gelegentlich einer Menstruation kindisch-weinerliche Phase, dann wieder Alles beim Alten: läppisches, ziel- und zweckloses Herumlungern.

Patientin wurde in die Siechen-Anstalt versetzt.

VII. Beobachtung.

Fischer Karl, 22 Jahre, Postexpeditor aus F., aufgenommen den 5. December 1876.

Vater starb apoplektisch. Mutter psychisch erkrankt nach einer Feuersbrunst.

Von zehn Kindern dieser Eheleute sind fünf in zartem Kindesalter gestorben.

Patient ist das jüngste Kind. Während der Gravidität mit diesem soll die Mutter viel Schreckensereignisse erlitten haben.

Patient lernte erst mit zwei Jahren laufen, mit drei Jahren sprechen. Er lernte sehr schwer, war sehr eigensinnig. Mit neun Jahren fieberhafte



Krankheit mit heftigen Cerebralerscheinungen. Als Kind auch eine Zeit lang Chorea.

In der Folge sehr schreckhaft, alle 8—14 Tage Nachtwandeln, dabei trieb er sich im Zimmer herum, agirte mit den Händen, kam auf starkes Anrufen jeweils zu sich. Patient wusste jeweils nichts von dem, was er während solcher Anfälle gethan hatte. Schrie oft auf im Schlaf, hatte schreckhafte Träume.

Mit etwa 18 Jahren wurde er melancholisch, klagte sich als vermeintlichen Sünder an, schlief wenig, ass nicht, machte einen Selbstmordversuch. Nachdem er etwa 14 Tage in diesem Zustande verbracht, wurde er plötzlich heiter, bekam Wanderdrang, spottete den Leuten nach, war schlaflos, genas auch darauf nach 4—5 Wochen.

Ein Jahr nach dieser Erkrankung machte er seine Amtsprüfung gut und leicht.

Zwei Jahre lang war er in keiner Weise auffällig.

Im vorigen Jahre begann er nun mehr zu trinken, wurde unstät, boshaft, insultirte Standespersonen. Die Erregung steigerte sich immer mehr und mehr: er ging Nachts in halbnacktem Zustande zu anständigen Familien Heirathsanträge machen, excedirte auch stark in venere.

Diese Periode dauerte mit Exacerbationen und Remissionen bis zur Zeit der Aufnahme.

Patient macht den Eindruck originärer Imbecillität, und sieht stark alkoholisch aus. Für Letzteres spricht wohl der congestive Schädel, die Gefässectasien im Gesicht, der *tremor universalis.*

Sein Gebahren ist ein äusserst läppisches, bubenhaftes, er springt grimassirend hinter den Aerzten oder Patienten her, treibt Schabernack. Somatischerseits fallen ein abnorm kleiner Schädel, ungleich innervirte Gesichtshälften (die rechtsseitige mimische Muskulatur agirt fast ausschliesslich), primitiv gegliederte Ohren zunächst auf.

Sein Blick ist leer, trotz der gezwungenen schlauen Miene, stets irrt das Auge vom Beobachter ab, wie suchend, scheu. Ansonsten keine pathologischen Befunde.

In der Folge bleibt sich der Zustand, in seiner wechselvollen Erscheinungsweise — Bubenstreiche mit tief affectirtem Weltschmerz wechselnd (oft mehrmals im Tage) — stationär.

Ab und zu hallucinirt Patient, sieht Gestalten, die ihn jedoch in seinem dämmerhaften Bewusstsein nicht wesentlich alteriren.

Haltlos, beschäftigungslos, ein kindischer Störefried.

Mit den beiden folgenden Krankengeschichten betreten wir den Boden exquisitester Degeneration: der epileptischen Neurose.

Wird man auch nicht *a priori* behaupten können, dass die Epilepsie nur degenerative Individuen betreffe, oder die Epilepsie an und für sich „Degeneration" bedeute, so wird doch kaum ein Bedenken vorliegen, wenn wir annehmen, dass epileptische Ante- oder Coïncedentien eine Psychopathie derart zu modificiren und zu erschweren im Stande sind, dass sie alle Charaktere der „Degenerativen" aufweisen kann.

Dies sehen wir an den folgenden Fällen: in deren erstem (VIII. Beobachtung) neben den häufigen „Dämmerzuständen" ein chronisches Erregungsstadium im Sinne manischer Exaltation, motorischer Unruhe, Reizbarkeit, mit nach-



folgendem Abspannungs- und Erschöpfungszustand auftritt, fast ein Jahr lang anhält und langsam — zugleich mit seltener werdenden epileptoiden Erscheinungen — abklingt.

VIII. Beobachtung.

S. Othmar, 13 Jahre, Privatschüler, 10. Februar 1878. Vater leidet an häufigen Anfällen von linksseitiger Migraine; ist nicht psychopathisch, seine Ascendenz nnd Collateralverwandtschaft lungenkrank. Mutter war hysterisch.

Die Schwester des Patienten, um zwei Jahre älter, schied — einige Zeit vor Eintritt der Pubertät — vorübergehend mit dem Harn Eiweiss aus. Dieselbe ist derzeit gesund bis auf jeweils zur Zeit der Menstruation auffällige Trägheit, Unlust zu geistiger und körperlicher Arbeit, auffällige Begriffsstützigkeit.

Patient wurde ohne Kunsthilfe geboren. Er hatte keinerlei schwerere Kinderkrankheiten, keine nervösen Zufälle.

In den ersten Lebensjahren litt er an Ohrenfluss rechts. Die Entwicklung ging angeblich normal von statten, er lernte ordentlich.

Vor einigen Jahren *Pneumonia dextra.* Seitdem auf den Lungen empfindlich; erkrankt leicht an katarrhalischen Affectionen.

Voriges Jahr im März bei einem Spaziergang plötzlich heftige rechtsseitige Kopfschmerzen. Diese öfter im Verlaufe des Sommers 1877. Während dieser Kopfschmerzanfälle sehr reizbar — hie und da konnte er sich auch so mancher kleiner Details aus der einige Stunden dauernden Kopfschmerzperiode — nicht recht erinnern.

Ueber die Winterszeit ging es besser, wohl hie und da Kopfschmerzen. Wurde indess sehr gehütet.

Am 3. Februar l. J. ganz ohne Prodromi plötzlich halbseitige u. zw. rechtsseitige Schüttelkrämpfe mit Bewusstseinsstörung, grosser Aengstlichkeit, dazwischen Jammern: „Der Kopf thue schrecklich weh"; er achtete nicht auf das Zureden der Eltern, schien dieselben gar nicht zu kennen. Hinterher erzählte er, dass er schreckliche Männer gesehen habe, die ihn zu erstechen drohten.

Ein solcher Angstparoxysmus dauerte von einer halben bis zu einigen Stunden, sich von da ab täglich wiederholend, in den letzten paar Tagen kamen sogar 3—4 Paroxysmen täglich.

Die letzteren leiten sich ein durch aufgeregtes Herumlaufen, gesteigerten, planlosen Bewegungsdrang, heftiges aplombhaftes Auftreten, Herumreissen mit den Möbeln, Verschieben derselben, dabei Spassmachen, Sekiren der Dienstleute, Brüskiren der Eltern, schliesslich sinkt Patient von heftigem Schmerz erfasst um, wird bleich, fängt an zu zittern, schüttelt sich heftig mit dem ganzen Körper, reisst die Augen weit auf, schreit militärische Commandoworte, er führe eben Schlacht gegen die Türken — dann gegen die Räuber, die ihn erstechen wollen, klagt, dass man ihm das Herz durchbohren wolle, sinkt endlich erschöpft um, schläft ein.

Nachträglich weiss er nichts von der Höhe des Paroxysmus, blickt erstaunt die ihn beobachtenden Personen an, was denn gewesen sei?

Andere Zufälle sind folgender Art: er wird plötzlich ängstlich, kreidebleich, stemmt mit aller Macht mit beiden Händen die Wand, oder den Thürstock, angeblich aus Furcht, davon erschlagen zu werden.



Die Nächte sind meist ruhig, er schläft genügend. Vegetativ auch in Ordnung.

Intercurrent eigentlich auch nicht so wie früher; jetzt sehr unstät, capriciös, agil, grob.

15. Februar, gegen Abend. „Singparoxysmen", singt mit kräftiger affectirter Stimme Schlachtgesänge, geräth immer mehr in Erregung, endlich in Hallucination, sieht feindliche Gestalten an der Zimmerdecke, die ihn mit Spiessen bedrohen, endlich sinkt er mit dem Rufe: „Mein Herz ist durchbohrt", um und verfällt in leichte klonische Krämpfe. (Als Substrat des Stiches durch's Herz findet sich eine nur im Paroxysmus bestehende neuralgische Affection links III. J. C. Raum, mit allen 3 Valleix'schen Punkten.)

Nach dem Paroxysmus klagt er noch einige Zeit über heftige Kopfschmerzen auf der Scheitelhöhe rechts.

Nachts stöhnt er oft im Schlafe.

2. März. Angstzustände kommen seit einigen Tagen nicht mehr vor. Dafür Exaltationsparoxysmen von fast halbtägiger Dauer. Aus seinem „normalen" (wenn man die intercurrente Reizbarkeit, Kraftbengelei, Heiterkeit nicht zu sehr berücksichtigt) Zustand geräth er plötzlich in tolle Springerei, er beginnt die Möbel herumzurücken, auf Tische, Kästen, Oefen zu springen, „spielt Pferdchen", spricht durch die Nase („Cavalierjargon"), haut auf seine ihm wehrende Umgebung ein, betitelt seine Angehörigen als Gassenbub, Hexe u. dgl., scheint „ausser sich" zu sein.

Nach solchem „kindisch albernem" Treiben ermattet er, wird zugänglich, lenkbar.

Ausserdem wird bemerkt, dass er auffallend oft die Worte „von der Mur bis hieher" repetirt, schon Morgens beim Erwachen diese Worte auffällig oft spricht, auch unter Tags daraus s. v. v. eine Lieblingsinterjection macht.

Ganz plötzliche Wünsche, die ihm „wie hereingeschneit" kommen, machen ihm viel zu schaffen, z. B. „eine Uhr muss ich haben! sonst werde ich wahnsinnig!" Wird dann solchen Wünschen nicht sofort entsprochen, so explodirt Patient sehr bald im Sinne eines dämmerhaften Bewegungsdranges.

8. März, Morgens. Ephemera von 40° C. Puls 148 ohne objectiven Befund. Keine Milzschwellung. Sonst wesentlich gleich. — Abends Temperatur 39·3. — Bläst aber stets die Lichter aus, gefällt sich in Bubenstreichen. Wirft mit dem Bettzeug herum. Springt herum. Hie und da plötzlich in der heftigsten Erregung ruhig: bleibt starr stehen, wird wie „versunken" — „jetzt bin ich allein, ganz allein, die Mutter ist nicht da, Niemand ist da, ich weiss schon, ich muss mich umbringen"! — dabei „verschläft" er.

Darnach weiss er nichts von seiner Aengstlichkeit, verkennt noch einige Zeit die Umgebung.

Sehr häufiger Wechsel der Pupillenweite, bald *Mydriasis* bald *Myosis*.

Hinterhaupt, besonders in den Erregungsphasen sehr schmerzhaft auf Druck. Hat jetzt wieder eine andere Phrase als Steckenpferd: „Hinaus beim Thürl bin ich hinaufgestiegen und heruntergefallen", — die er in näselndem Tone, dann wieder ganz kindisch — aufsagt.

12 März. Hatte am 9. März Husten mit Expectorat, in den folgenden Tagen fieberlos.

Am 9. März sah er Abends Todte, befand sich auf dem Friedhofe, schüttete ein Schaff Wasser auf den Boden aus, legte sich in die Lacke: „er wolle nun schwimmen"; sprang über Canapés, „will Bergsteigen"; grimassirte lebhaft, wiederholt zwangsmässig: „wovon, womit, wodurch".



19. März. Seit ein Paar Tagen fällt ein eigenthümlich „dämmerhafter" sexueller Reizzustand auf. Patient drängt Nachts „wie unbewusst" zur neben ihm liegenden Mutter, will stets sie abtasten, bittet sogar, sie solle ihm doch die Brüste angreifen lassen (dabei verkennt er die Mutter als eine ganz ideale — in seinem Bekanntenkreise nicht vorfindliche „Leopoldine"). Es werden in diesen Reizzuständen niemals Erectionen oder Pollutionen bemerkt, überhaupt fällt auch den Angehörigen das „umnebelte Bewusstsein, das Ekstase-artige" auf. Im Uebrigen deutliche manische Erscheinungen: bespöttelt seine Umgebung, nennt die Magd „Knieriemia", geräth meist Abends in ausgelassenes Wesen, zerrt dann wohl das Bett auseinander, salivirt auch stark, geräth in Zorn bei Behinderung.

Ganz intercurrent schreckhaft — es seien lauter Männer im Zimmer, die ihn umbringen wollen; die Eltern sehen ihn auch böse an, man sei ihm feindlich — gelangt auch in das Verkennen der Umgebung. Dauer solcher Zustände 2—3 Stunden. Zu Anfang hie und da die Aeusserung: „werd' ich närrisch, oder bin ich's schon?"

21. März. Hat sich den Fuss übertreten, sofort Temperatur 40^0 C. (die Fussverstauchung verläuft bis Abends spurlos). Dieser Tag und der nächste ganz ruhig, bis auf etwas mehr Motilität. Am 22. Abends bei einem kleinen Spaziergang unwirsch, hebt an rasch zu gehen, lenkte zurück nach Hause: Hier wirft er sofort Alles von sich, wird ärgerlich, beklagt sich über ein Nichts, geräth rasch in Verwirrung, benennt die Mutter wieder mit einem anderen Namen, lamentirt, dass die Mutter fort sei: „wenn nur die Mutter käme!" Zufällig tritt nach einigen Minuten die Mutter in einem anderen Kleide zurück ins Zimmer und Patient erkennt sie sofort und gewinnt seine Lucidität wieder.

25. März. Thut heute die charakteristische Aeusserung „ich werde so bös, und wenn ich in Zorn komme, so weiss ich nicht, was ich thue".

3. April. Kann sich gar nicht beherrschen, im Wünschen und Begehren ganz abspringend, hält bei keiner ruhigen Beschäftigung aus. Ganz „impulsiv" will er heute eine Pistole haben, „wenn ich keine Pistole krieg", so kommen die Zustände! er wird mit einer Kinderpistole abgefertigt und ruhig.

Sehr häufiger Wechsel in der Pupillenweite, bald finden sich dieselben *ad maximum* erweitert, bald sehr eng, mit wenig Dilatationsfähigkeit bei Beschattung.

Am 9. traf ihn ein muthwillig geworfener Stein zufällig an den Kopf. Keine unmittelbaren Erscheinungen.

Am 10. deliröser Zustand, in dem er „eine Schlacht gegen die Russen" commandirt. Er benimmt sich dabei höchst energisch, haut auf die Umgebung ein, verkennt dieselbe, nach einer Viertelstunde ist Alles vorüber. Er hat keine Erinnerung daran.

Am 11. leichte tonisch-klonische Zuckungen der Hände, bei „umflortem" Bewusstsein, durch $1/2$ Stunde.

12. April. Heute sehr guter Laune, drängt zum Spaziergang; „bin nicht mehr gepritscht (närrisch), schon ganz beisammen".

23. April. Nach der letzten Messung und Wägung Zornausbruch, war sich zu klein. Attakirte den Vater, fiel dabei wie erschöpft vor Aerger um; weinte dann, lamentirte, wiederholt ganz zwangsmässig: „muss dem Vater noch Eines geben", „womit, wodurch" in infinitum.

Am Tag darauf wieder Anfall von Zornwuth, doch erkannte er den Vater und respectirte ihn.



Am 20. Zorn, Rauferei mit der Schwester. Am 22. Nachmittags heftige motorische Erregtheit, zerschlug, zerriss, raufte, spuckte viel, hatte nachträglich nur summarische Erinnerung.

Aeusserst capriciös. Keine Krämpfe. Bei Arbeit im Freien geht es ihm viel besser, dann hat er kein Kopfweh, keine Launen.

24. April. Ausnahmszustand von $^3/_4$ h. verworren maniakalisches Bild; ass während dieses Paroxysmus, wusste hintennach nichts davon, dass er bereits gespeist.

Abends coordinirte Krämpfe (hysteriform) bei nicht ganz erloschenem Bewusstsein — durch 10 Minuten. Darauf kein Schlaf.

25. April. Abermals Dämmerzustand, drängte blind fort — kam plötzlich zu sich, meinte: „Habe ein Erdbeben im Gehirn gehabt".

Hatte den ganzen Tag Kopfschmerz.

27., 28., 29. April fiebert Patient. Die Temperatur hob sich um die Mittagsstunden bis 40° C. Fühlt sich sehr matt, hinfällig, schwindelig; fiel auch am 27. April Abends um.

Keine Milzvergrösserung nachweisbar. Oft grosse Differenzen in der Pupillenweite. Heute rechtsseitig Supraorbitalneuralgie.

30. April. Nachmittag Dämmerdelir, dabei schreckhaft, „Alles brennt — Alles ist schwarz, bin ganz allein! die Todten kommen"; macht dabei ganz traumhafte Selbstmordversuche durch Zuhalten der Kehle, durch Umschnüren des Halses mit einem Spagat.

Wiederholt oft zwangsmässig Wünsche, er wolle da oder dorthin — eine Uhr — ein Messer etc.

1. Mai. Nach einem kleinen Streite höchst indignirt, weinte, wurde anscheinend bewusstlos, verdrehte die Augen, klagte „schrecklichen Kopfschmerz". Dann lag er apathisch dahin, fröstelte — in kurzer Zeit spielte er wieder munter.

2. Mai. Temperatur 39, trockener Husten.

5. und 6. Mai. Zornentladungen, unmotivirt, dämmerhaft.

7. Mai. Migraine, ohne Bewusstseinstörung. Darnach Frostschauer.

8. Mai. Zwangsmässiges Umhertappen mit offenbar gestörtem Bewusstsein, stierem Blick, hohlem Tonfall, repetirte unzähligemale „Gaisbock, Gaisbock", verblieb den Tag über ganz dämmerig.

9. Mai. Andauernd „nicht recht bei sich" — bog sich nach dem Mittagessen rücklings über den Stuhl, schlug mit den Händen auf den Boden, that als ob er mühsam kletterte, bemerkte dabei, er „steige in die Höhe".

11. Mai. Andauernd dämmerig, sehr reizbar. Schlief heute bis in den Tag hinein, beim Erwachen verkennt er seine Mutter vollständig, spricht sie per „Sie" an; schimpft dann zornentbrannt über alle Schuster.

Da trat sein Grossvater ein, das imponirte ihm, er bog sich zurück, blieb 10 Minuten ganz wirr, dann stiess er mit den Füssen um sich, taumelte verstört im Zimmer herum.

15. Mai. Noch stets sehr reizbar, irrt ab und zu im Zimmer herum, stösst unarticulirte Töne aus.

19. Mai. Fast täglich ein Anfall mit tonisch-klonischen Zuckungen, mit „umflortem" Bewusstsein.

22. Mai. Nach einem derartigen Anfall bleibt Lähmung der ganzen rechtsseitigen Musculatur zurück, die indess rasch schwindet, darauf klagt er Schmerzen: bald da, bald dort — stets rechts.



23. Mai. Nachmittag heftiger Kopfschmerz, streicht sich mit der Hand den Kopf, klagt Ueblichkeit, hatte Diarrhöe.

Dann kommt wieder ein „Anfall", er krallt die rechte Hand ein, dann auch die linke, wird wieder verstört, spricht vor sich hin, „was ist, was ist?" versinkt dann in tiefen Schlaf.

26. Mai. Morgens erschrickt er heftig über das Glockengeläute, ist überhaupt sensoriell ausserordentlich reizbar.

Im Uebrigen verliert sich die frühere Heiterkeit, Ausgelassenheit immer mehr, in den „freien Zeiten" ist er fügsamer, der Appetit steigt.

Empfindlichkeit der unteren Brustwirbeldornfortsätze bei Druck.

Hie und da Diplopie. In den Anfällen hält er jetzt meist den Kopf zwischen die Hände geklemmt, dreht sich am Boden liegend um seine Längsaxe. Hat Diarrhöe.

27. Mai. Nach einem Disput, den er provocirt hatte, versank er wieder in „träumerisches Daherreden Brummen", durch $^1/_2$ h., erinnerte sich hintennach nicht daran.

29. Mai. Morgens ganz „impulsives" Herumspringen über Betten und Canapés, ohne Amnesie.

2. Juni. Nach einem Spaziergang klagt er Kopfschmerz, sass dann dämmerig herum, bohrt mit dem Kopf in den Händen: „Bringt's mich um, muss soviel leiden", dann lallte er unverständlich, er könne die Zunge nicht bewegen, man solle sie ihm herausziehen (das dauert circa $^3/_4$ h).

8. und 10. Juni ähnliche Anfälle. Meidet Gesellschaft, beschäftigt sich mit Tändeleien, doch ist keine erhöhte Affectuosität mehr zu bemerken.

13. Juni. Merkt es nun gewöhnlich voraus, ob und wann ein „Anfall" kommen könnte, da er vorher über eingenommenen Kopf klagt, zu Hause bleibt.

25. Juni. Heute Morgens Dämmerzustand mit Aggressivwerden gegen die Umgebung, Beissenwollen, Schnappen.

Im Uebrigen wird er manierlicher und hat grossen Appetit.

11. Juli. Seit einigen Tagen täglich Dämmerzustand, geht ganz triebartig herum, droht aggressiv zu werden. Hie und da fällt er wohl auch um, hat dann Zuckungen in den Händen, über 1 h. dauernd.

Mitunter stutzt er plötzlich beim Essen, klaubt darin herum, „da ist ja Gift!" springt dann plötzlich auf, geräth in Zorn. In solch einem Zornanfall geht er mit der Hacke gegen die Mutter los.

27. Juli. Sehr launenhaft, leicht erregbar, meint selbst, er könne sich im Zorne nicht helfen, es sei so eine innere Unruhe in ihm.

Dämmerzustände selten (21., 22., 23. Juli). Hat heute sehr weite Pupillen.

Mitte August noch sehr reizbar, unstät, hatte noch Zornausbrüche mit nachfolgender Amnesie.

Im October wird er ein Mal im Bad bewusstlos, wie vertiginös, darauf von maniakalischer Unstätheit, doch dämmerhaft im Bewusstsein.

Im November wird bemerkt, dass er in den Anfällen von Kopfschmerz stets den Hinterkopf gegen die Wand stemmt (Occipitalneuralgie).

Anfangs December sieht er zu seiner Verwunderung nach Ablöschen der Lampe „lauter grosse und kleine Männchen"; wundert sich dann, dass, wenn er im Finstern die rechte Hand auf die linke lege, diese ihm viel kleiner vorkomme, umgekehrt sei sie viel grösser.



Ansonsten lernt Patient wieder regelmässig, sein Auffassungsvermögen ist ein lebhaftes, sein Gedächtniss ein gutes, nur wenn er Kopfschmerz hat — ist er zum Lernen nicht disponirt.

1. Februar. Keine convulsiven Zufälle mehr. Keine Hallucinationen im wachen Zustand. Sehr lebhaftes Traumleben, befindet sich dann oft im Krieg, geht jeweils als Sieger hervor, erwacht dann ganz freudig, referirt dies des Morgens.

Die Bahnen der Frontal- und Occipitalnerven sind auf Druck ziemlich empfindlich; wenn Patient Kopfschmerz hat, so beginnt derselbe meist in den Frontalnervenbahnen und strahlt dann in die occipitalen aus.

Gegen Ende Februar traten wieder Erscheinungen von grösserer Reizbarkeit, auch dämmerhaften Gebahrens auf.

In den Dämmerzuständen ganz traumhafte Suicidversuche, an die er sich hintennach nicht erinnert. So z. B. versuchte er zu wiederholten Malen sich mit einer um den Hals geschlungenen Schnur zu erdrosseln, und wenn er von der Mutter, die stets bei ihm ist, daran gehindert wird, entschlüpft er mit schlauer Schnelligkeit in ein anderes Zimmer, schliesst sich ein und wiederholt den Selbstmordversuch. Da jedoch die andere Zimmerthüre von aussen eröffenbar (und Patient augenscheinlich darauf nicht gedacht hat), wird derlei prompt verhütet.

Nachdem sich derlei triebartige Selbstmordversuche fast täglich wiederholten, trat um die Mitte März ein einige Tage dauerndes Abspannungsgefühl, grosse Schläfrigkeit bei traumhaftem Vorsichhinreden, ganz dunklen Selbstmord-Ideen, ein (z. B. bittet Patient um die Erlaubniss, zum Fenster hinausspringen zu dürfen, um ein Messer, um einen Draht, um sich aufzuhängen), legt des Mittags Fleisch in kleine Streifchen geschnitten in Form eines Kreuzes, ein Mal auch in die Figur eines Skelettes, sieht ganz düster drein, ganz desperat, äussert sich indess wenig. — Dabei Appetitmangel, schlechtes Aussehen, Husten.

Am 15. März tritt Fieber (40⁰ C.) auf.

Milzvergrösserung deutlich.

Am 17. März wieder T. 40⁰,
„ 19. „ „ T. 40⁰,
„ 21. „ „ T. 40⁰;

es wird Chinin. sulf. pro die 1,0 eingesetzt, worauf nur mehr am 24. März eine T. von 37·3 mit leichtem Unwohlsein — doch kein Fieber mehr auftritt. Ebenso prompt geht auch die Milzschwellung zurück.

1. April. Kopfschmerzen besonders im Occiput mit Kopfhauthyperästhesie in der Hinterhauptsgegend. Patient obliegt nun wieder seinen früheren Beschäftigungen, er soll intellectuell durchaus nicht gelitten haben, auch hat intensivere geistige Anstrengung nur selten Kopfschmerz im Gefolge.

Körperlicherseits findet sich zur Zeit des Anfangs der Beobachtung ein schmächtiger, aufgeschossener, rothhaariger Knabe, von 155·5 Centimeter Länge.

Der Schädel bot folgende Maasse:

Circumferenz	54·0	Längsdurchmesser	18·0
Ohr, Stirnhöhe	29·0	Grösste Breite	16·0
— Scheitel	36·5	Stirnbreite	11·0
— Hinterhaupt	23·5	Jochbogendistanz	12·5
— Kinn	27·0	Proc. mast.	13·0
Kleiner Längsbogen	33·0		



Leichter Grad von Rhombocephalie von links vorne nach rechts rückwärts.

Die percussionelle und auscultative Untersuchung ergab in keiner Weise local pathologische Symptome.

Die Gewichts- und Maassverhältnisse waren im Laufe der Beobachtung:

16. Mai	1878	40	Kilogramm	bei	158	Centimeter	Länge.
13. Juli	„	40·5	„	„	160	„	„
16. August	„	41·0	„	„	161	„	„
x. October	„	45·0	„	„	—	„	„
7. Januar	1879	46·5	„	„	164	„	„
4. Juni	„	48·0	„	„	170	„	„

IX. Beobachtung.

Zenk Karl, 14 Jahre, Realschüler aus Tr . . .

Vaters Vater neuropathisch.

Vater dito, litt oft an congestiven Anfällen mit psychischer Reizbarkeit, Aufgeregtheit. Mutters Bruder leidet an *Dementia paralytica.* Bruder strabotisch, degenerative Erscheinung. Fünf weitere Geschwister gesund.

Patient kam kräftig zur Welt. In der Zahnungsperiode litt er an heftigen Diarrhöen, kam sehr herab.

Von Kindheit zornmüthig, wenig Begabung, mit sechs Jahren Scarlatina.

Seit dem sechsten Jahre Erscheinungen von Nachtwandeln: er tappte oftmals Nachts herum, wurde betroffen, wie er in das Bett seines Bruders die Nothdurft verrichten wollte.

Von jeher lautes Sprechen im Traum, das auch bei anderen Geschwistern sich finden soll. Ab und zu Morgens auffallend weite Pupillen. Patient schwitzte bis zum Eintritt der Erkrankung stark an den Füssen. Dieses Schwitzen soll sich plötzlich verloren haben.

Beginn der Erkrankung Mitte September 1876, angeblich in Folge von Ueberanstrengung und Sonnenhitze, ganz plötzlich auf einer Seefahrt.

Er sah Alles in rothen Köpfen und Hälsen. Meinte, die Umgebung leide an Diphtheritis; er werde Angina bekommen; die Luft sei verpestet, unrein, die Leute seien lungenkrank. Er wurde ängstlich, unstät, wollte nicht essen, weil Alles vergiftet sei.

Er grübelte wegen seiner Gesundheit, war hypochondrisch verstimmt, hatte Angst, die Speisen erzeugten zu viel Blut, er meinte sterben zu müssen, sein Examen nicht gut bestanden zu haben.

Ab und zu „verbigerirte" er.

Dieser Anfall wurde im Tr. Spitale durchgemacht. Nach einem Monat kam er wieder nach Hause. Er hatte für die ganze Zeit seines eben beendeten Spitalsaufenthaltes keine rechte Erinnerung, und stand noch, als er nach Hause kam, unter dem Einflusse seiner hypochondrischen Wahn-Ideen.

Schon nach einigen Tagen erschien er wieder sonderbar. Er stellte sich steif hin, in „Zwangsstellung"; als man ihn nicht zur Schule liess, Zornanfall, in dem er zerstörte.

Darauf Stupor. — Er kam dann wieder ins Spital, blieb zwei Monate, hatte dort mehrere tobsuchtartige Aufregungszustände, in denen er selbst die Umgebnng gefährdete. Ende December 1876 kam er wieder nach Hause, angeblich gesund. Aber sein Benehmen war sonderbar. Er lachte auf der Strasse oft laut auf, angeblich, weil ihm die Passanten lächerlich vorkamen, und benahm sich so auffällig, dass die Strassenjugend ihm nachlief und ihn



als „Narr" verspottete. Zu Hause häufig Fluxionen (rother, heisser Kopf), optische Hyperästhesie mit folgenden Stuporzuständen.

Häufig Herzklopfen. Zeitweise grosse Gereiztheit bis zu Zornanfällen, in welchen er Fensterscheiben zertrümmerte.

Ab und zu zwangsmässiges endloses Wiederholen von sinnlosen Worten und Zahlen, für die Patient kein Motiv anzugeben wusste.

Im Laufe des Octobers 1877 wieder hypochondrische Ideen, z. B. kein Fleisch essen zu dürfen, weil es zu viel Blut erzeuge. Er machte sich Aufschreibungen über Zeit und Quantum des Fleischgenusses, band sich die Glieder mit Spagat, um den Blutumlauf zu reguliren.

Im November Salivation. Ende November: über einen Streit mit dem Bruder aus geringfügiger Ursache pathologischer Zornaffect, in dem er demolirte und Alles durcheinander warf.

Am folgenden Tag stuporös, moros, schaute dumm drein, lachte oft zwangsmässig. Behauptete, die Mutter hätte ihn geschlagen, wurde plötzlich wieder sehr aufgeregt; drohend, wüthend, dann wieder stuporös. Kam Anfang December wieder ins Spital. Dort Wechsel zorniger Erregungszustände mit impulsiven Acten und Stupor.

Am 24. December wieder zu Hause, erinnerte sich der Details des Anfalles. Weiss nicht, warum er in solche zornige Affecte gerieth.

Von da status quo ante.

Um Neujahr wird bemerkt: Bald still, brütend, bald erregt, muthwillig, wirr durcheinander sprechend, Worte astronomischen, geologischen, midicinischen Inhaltes verdrehend und wie darüber grübelnd. Ab und zu Gesichterschneiden.

Am 23. Januar 1878 trat er in die Klinik ein: „verzwickter Mensch", frägt gleich unter Lachen und Kichern den Arzt, was geschähe, wenn man das Blut vom Kopfe ableite? Ob nicht Ebbe und Fluth des Meeres auf das menschliche Blut Einfluss habe?

Seine Gedanken reihen sich vielfach nach lautlicher Aehnlichkeit der Worte aneinander, so z. B. stösst Patient hervor: „*sangue*, *sangui*, *saga*, *santo*, *santolo*" — schaut dabei um sich, als ob er etwas besonders Gescheidtes gesagt hätte. Lacht dann wieder ohne Grund vor sich hin. — Läppischer Mensch, stellt Fragen medicinischen Inhaltes, biologische Probleme — lauter Nonsens. Auch sich selbst überlassen, plappert er sich, indem er die Pose eines Kathedersprechers annimmt, seinen lautgewordenen Grübelzwang vor.

Er ergeht sich bald in Umherpoltern, Strampfen, benimmt sich „dummenjungenhaft", flegelhaft.

Als man ihn in die Zelle thut, singt er, trommelt an die Wände, lässt sich nicht stören. Die motorischen Acte haben einen ganz impulsiven Charakter.

Beschäftigt sich vorwiegend mit Aufstellung unsinniger medicinischer Thesen, die er sich abmüht zu lösen.

Oefters wird er masturbirend gefunden.

Auch seine Schriften zeigen in dieser Periode Eigenthümlichkeiten, die uns zunächst nach dreifacher Hinsicht interessiren dürften:

1. Die der maniakalischen Erregung eigene Quantität, Flüchtigkeit, den abspringenden Gedankengang, den ungeordneten „philosophischen Unsinn" — der gerade so niedergeschrieben wird, wie er in dem erregten Gehirne entsteht.

2. Die dem Alter entsprechende Dürftigkeit des Inhaltes, die läppische Orthographie, die an vielen Stellen wohl eine gesuchte (wohl dem im Knabenalter so sehr imponirenden Dialekt und Jargon entsprechende) sein dürfte.



3. Die an vielen Stellen ganz zwangsmässig wiederkehrende Form des Gedankenganges, wie wir ihn isolirt auch bei erwachsenen Hereditariern, Degenerativen zu finden gewohnt sind: a) der Zwang, in Frageform zu denken, der Zwang, Frage an Frage zu reihen: die Grübelsucht*).

b) Die schriftliche Verbigeration, das stete Wiederholen ein und desselben Wortes, das nur wenig variirt wird.

Eine Probe aus seinen Aufzeichnungen wird das am besten zeigen:

„Quando qualcunque organo della digestione sarebbe arcuato, allora il sangue si mescola ed sorte dei canali. L'aria di fuor e abbastanza sorgente per un piccolo e si mette molto allora viene sempre di piu ed avvicinando rimane entro col caso di morte?????

Rimane le nostre la morte ed permette l'istesso ora di quà ora di là ma sarebbe meglio il restare a casa quando il sangue è molto scorrevole, allora l'uomo vi troverebbe la morte si dice ed altre possa intento l'inesto si deve molto rigenerare con qualcunque altra azione ed in caso di morte uvi sarebbero d'istesso morti e per questo bisogna evaporare del tutto in questo caso l'uomo sarebbe morto. Dopo l'uomo morto si separa le parti."

An einer anderen Stelle heisst es:

„Il pensiero dell' uomo è bello, perchè quando è che cosa? di chi? perchè? da qual motivo da che azione per qual maniera in che modo perchè come è come sarà stato in che luogo dopo fermato il sangue che cosa vi è?"

Als besonders prägnant hebe ich noch folgende Stelle heraus:

„Il re e la regina, uomo e donna semplici devono eseguire gli ordini fatti di chi? Il maëstro si rompe la testa? perchè non sa quello che fa il cavallo? Corre dove nasce il cavallo. Da dove viene il cane, d'onde propizio. Il leone corre perchè corre! Non sa il cavallo meno gli uomini; perchè? forse perchè l'uomo ha idee visto dagli altri popoli rigenerare.

Voce di donna: quando chi! Voce di uomo quando chi era fu sarà verrà degli uomini ed degli altri stati popoli di nuovo genere."

Unter Anderem liegt mir aus seinen Aufzeichnungen ein Bogen Papier vor, der ausschliesslich mit dem Worte „quando" vollgeschrieben ist; diesem

*) Eine eigenthümliche Art der Gedankenassociation, die ich auch in die Kategorie der „zwangsmässigen" stellen möchte, war auch bei unserem Kranken zu beobachten: man frug ihn z. B. was sein Vater mache; er wiederholt das Wort „Vater" und setzt, wie um des Wortes Stellung in der Sprachlehre zu fixiren, mit folgendem Exposé ein: „Vater, Hauptwort, Name, Nominativ, Accusativ, des Vaters — Genitiv — Mutter — Schwester — Bruder, Name, Zuname, Vorwort, Nennform — vergangene Form, was macht — Zeitwort, Imperativ — Perfectum" — u. dgl. – Es besteht offenbar in solchen Momenten ein Zwang zu grammatikalischer Analyse (eine eigene Art „Grübelsucht").

Es wäre mir vielleicht diese Sonderbarkeit des Knaben nicht aufgefallen, wenn ich nicht zufällig aus dem Privatleben einen Herrn kennen würde, der früher eine Lehrerstelle bekleidete und seinen Schülern längst auffällig durch sein sonderbares, schrullenhaftes Benehmen — im Unterricht oft bei einem Worte stecken blieb — und dieses grammatikalisch zu „zerzausen" begann, nebenher ähnlich klingende, gleichbedeutende, in begrifflichem Zusammenhang stehende Worte recitirend. — Dieser Herr musste nach einigen Jahren Lehrthätigkeit ob psychischer Störung quiescirt werden und verlebt seine Zeit nun als geistige Ruine, ein harmloses Dasein fristend. Eines Tages (vor etwa fünf Jahren) sehe ich ihn in einem Locale am Nebentische. Ganz in sich versunken, bückt er sich plötzlich zu Boden, in der Meinung, es liege da ein Geldstück, fährt aber über die Täuschung rasch wieder zurück — dabei vor sich hin recitirend: „Geldstück, Gulden, Kreuzer, Hunderter, Tausender, Kleingeld" — ganz in ähnlicher Weise, wie seinerzeit in der Schule. — Wollte man daraus eine kleine Novität, eine Variante des Grübelzwangs machen, so wäre dafür vielleicht „grammatikalischer Analysirzwang" zu setzen.



folgt ein zweiter Bogen mit lauter „el quando", dann ein dritter mit „vel quando", endlich ein vierter voll „uvel quando".

Es mögen diese Proben aus der „Aufregungsperiode" genügen, ich halte es für überflüssig, mehr aus dem Wust von Nonsens wiederzugeben.

Im Verlaufe der Beobachtung ruhiger werdend, schreibt er am 12. März folgenden Brief:

Caro padre! adesso se gia el mese de Marzo, e per andar a scola, bisogna andar presto, perchè se no se perdi un altro anno e no bisogna speta tanto tempo perchè dopo no i acceta piu. Ji scolari studia e dopo el professor domanda quel che el ga da per studiar e se no i ghe sa risponder el ghe da una seconda classe e se mi speto tanto tempo per la scola, dopo quando che scomincerò andar, me toca studiar e scriver tutto qual che i ga insegnatto in quel tempo che mi iero a Gratz e no me basta tempo.

Toni devi studia per deventar professor e anche mi devo studiar per deventar qualche altro omo' Richi, Ciul Beta e forsi anche Nesta va già a scola ogni giorno Nesta e iona sarà ancora in letto perchè i starà poco ben, qua a Gratz quando che ti se andado a Trieste, tutta la neve se ga dilatado e se vegnuto un forte sol ombra rugiada, il giorno 12 Marzo se capitado un vento e una tempestà. Mi no fazo altro che magnar, camminar dormir e vestirme. Ogni giorno qua se quasi sempre sol; saludo tutti e resto

il tuo aff. fratello

Z. C.

In den Tagesnotizen finden sich noch:

24. Februar. Urinirt in die Spucknäpfe.

28. Februar. Allerlei Allotria. Klagt über Schweinereien im Kopfe. „Cibino" laufe immer in seinem Kopfe herum.

31. März. Wieder erregter, plauscht viel, hat wieder mit seinen Bluttheorien zu thun. Puls 120.

1. April. Sehe Mäuse an der Zimmerdecke.

3. April. Klagt „Oscillationen" im Kopf. Der linke Mundwinkel vorübergehend parethisch.

9. April. Wieder ruhiger, wird geordneter.

15. Mai. An seinem Benehmen nichts Anstössiges mehr, wird immer componirter.

Von Anfang Mai an freie Ausgänge. Scheint nun (Ende Juli) gänzlich genesen, d. h. die alte Persönlichkeit.

Sehen wir uns nun um die somatischen Verhältnisse um, so finden wir einen Knaben von dem Alter entsprechender Entwicklung.

Der Schädel ist im Stirntheil schmal, die Frontalnaht kielförmig vorspringend, scheint abnorm früh verknöchert.

Circumferenz des Schädels 53·0, Ohr-Stirnlinie 28·0, Ohr-Scheitellinie 35·5, Ohr-Hinterhaupt 22·5, Ohr-Kinn 27·0, Längsbogen 35·0, Längsdurchmesser 19·0, grösste Breite 15·0, Stirnbreite 10, Jochbogendistanz 13, Distanz der *por. acust.* 11·0, Gesichtshälften 11·0, Gaumennaht stark gekielt.

Thorax leicht rhachitisch geformt. Die übrigen Organe bieten keine pathologischen Symptome.

Eintrittsgewicht 39 Kilo, sank im Laufe der Erregung auf 37·2 Kilo als Minimum, und betrug bei der letzten Wägung 46·5 Kilo.



Differenz: 7·5 Kilo (innerhalb 7 Monaten). Bedauerlich ist der Mangel an genauen Messungen betreffs Wachsthums in der ganzen Zeit, in der sich der geschilderte mannigfaltige Erregungszustand abspielte. Während unserer unmittelbaren Beobachtung ist Patient um reichlich 10 Centimeter höher geworden.

Es entsteht die Frage, warum sich in dieser Zusammenstellung nur das Zeitalter der Pubertät vertreten findet, auf welches nach den grundlegenden Auseinandersetzungen weniger Rücksicht genommen erscheint. — Weil eben diese Evolutionsperiode besonders günstig für das Zustandekommen degenerativer Geisteszustände ist, ein Prädilections-Zeitpunkt, eine kritische Zeit für hereditär belastete, degenerative Existenzen.

Ich zweifle nicht, dass auch ausser dem Pubertätstermin sich ganz ähnliche Verlaufsweisen finden — ich habe keinen derartigen Fall noch beobachtet —, vielleicht liegen im klinischen Materiale Anderer ähnliche Beobachtungen vor.

Die Pubertät, als ,,schattenwerfendes äthiologisches Moment", stellt eben nur einen Factor in der Aethiologie dieser Zustände dar, der, einseitig beleuchtet, freilich sehr gross ausfallen kann.

Jede nicht ,,symptomatische", jede das Bewusstsein nicht ,,aufhebende" Psychose trägt Charaktere der Entwicklungs- und Altersstufe des Individuums in sich, es genügte für das Pubertätsalter die Bedeutung des Emporschnellens der körperlichen Entwicklung oder deren pathologischer Nuancen geltend zu machen, um die Häufigkeit damit verlaufender psychischer Störungen zu motiviren, gleichwie andere tief in den individuellen Haushalt eingreifende Schädlichkeiten psychischerseits ihren Widerhall finden können.

Mögen diese Zeilen nicht als Polemik gegen gewisse Eintheilungsversuche psychopathischer Zustände aufgefasst werden (denen sie ja eben ihren Ursprung verdanken), sondern als redlicher Versuch breiter klinischer Auffassungsmethode.

Freilich gewinnt dadurch nicht die Nomenclatur in der Psychiatrie, wohl aber, glaube ich, die Beurtheilung klinischer Erscheinungen in dem weiten Gebiete pathologischer Anthropologie.

Zur Differentialdiagnose der Melancholie.

Von

Dr. J. Fritsch,

Assistent der psychiatrischen Klinik des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Die zahlreichen, oft principiell verschiedenen Wandlungen, welche die Psychiatrie rücksichtlich der Erkenntniss und Auffassung ihres Gegenstandes bis in die jüngste Zeit erfahren, die schwankenden Grundlagen, die man für sie mit einem Anstriche von Wissenschaftlichkeit auf speculativem, mitunter abenteuerlichem Wege geschaffen — sie geben beredtes Zeugniss von der Unklarheit und Befangenheit, in der man sich den Objecten psychiatrischer Beobachtung gegenüber durch lange Zeit befand und theilweise noch befindet. Die Zerfahrenheit in der Diagnostik der verschiedenen psychiatrischen Krankheits-



formen, die Unhaltbarkeit althergebrachter, vielfach auf Aeusserlichkeiten sich stützender Systeme konnten wohl kaum ein würdigeres Seitenstück finden als in der Lehre von der Einheit der Geistesstörung; indess steht dem hemmenden Einflusse dieser für die Entwicklung einer brauchbaren Diagnostik nach jener Seite hin ein unleugbarer positiver Werth in diesem Sinne gegenüber, indem bei der hiebei gestatteten Differenzirung einzelner Krankheitsformen eine Fülle treffender, naturgetreuer Schilderungen krankhaften Seelenlebens zu Stande kam, die nach wissenschaftlicher Gruppirung allerdings viel zu wünschen übrig liessen, wenn nicht derselben ganz entbehrten. Erst eine vollkommenere Erkenntniss, ein tieferer Einblick in das Wesen der psychischen Erkrankungsformen, wie sie auf Grund vorurtheilsfreier, mit Benutzung aller wissenschaftlichen Behelfe gewonnener Erfahrungen angestrebt und erreicht werden konnten, waren im Stande, jenen Formen Wesen und Bedeutung zu verschaffen, und der Antheil, den die auf jener Basis thätige klinische Beobachtung und Forschung bei Lösung dieser Probleme für sich in Anspruch nehmen darf, wird von Jenen, die ehrlich sich damit beschäftigen, in seinem vollen Umfange gewürdigt werden. Die auf dem angedeuteten Wege bereits erzielte streng wissenschaftliche Abgrenzung einzelner Krankheitsformen (Kahlbaum: Katatonie; Hecker, Hebephrenie; Sander: originäre Verrücktheit; Westphal: primäre Verrücktheit) mit charakteristischem klinischen Symptomencomplexe sind ausschliesslich Resultate jener Forschungsrichtung; dass nur diese dazu berufen ist, ein richtiges Verständniss der psychiatrischen Krankheitsformen anzubahnen, weiters die Fortschritte in der Diagnostik derselben zu sichern, wird Niemand mit Recht anzweifeln.

Die Grundlagen für den Aufbau der psychiatrischen Wissenschaft, die Bahnen, welche dem Entwicklungsgange derselben naturgemäss vorgeschrieben sind, und insbesondere die für die Diagnostik der einzelnen dem Gebiete der Psychiatrie zugehörigen Krankheitsformen massgebenden Momente, wie sie in allgemeinen Umrissen und scharf markirt in Meynert's „Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung der klinischen Psychiatrie" hervorgehoben sind, bedingen für dieselbe keinerlei Ausnahmsstellung gegenüber anderen Specialgebieten der Pathologie; hier wie dort handelt es sich wesentlich um Aufhellung der Beziehungen bestimmter Symptomencomplexe zu gewissen krankmachenden Ursachen und Veränderungen innerhalb bestimmter Organe und Organabschnitte. Dass Erkrankungen vorzugsweise des Vorderhirns in das Gebiet der Psychiatrie fallen, sind wir aus verschiedenen, hier nicht näher zu erörternden Gründen, genöthigt anzunehmen. Es sind daher nach Seite der Symptomatologie vornehmlich Störungen in den Functionen des Vorderhirns, die ein dem Beobachter mehr weniger leicht erkennbares Krankheitsbild bieten, allerdings nur als Aussenseite eines entsprechenden krankhaften Vorganges; beide miteinander in Einklang zu bringen, den letzteren speciell seinem Wesen nach aufzudecken, die Erkenntniss des zu Grunde liegenden Processes, bleibt ein unmittelbar hieran sich schliessendes Postulat.

Ueber den absoluten wie relativen Werth der Symptomatologie für die Diagnostik der Geistesstörungen kann nach den gegebenen Andeutungen kein Zweifel bestehen; die ausschliessliche Benutzung des symptomatologischen Standpunktes für den angeführten Zweck, wie sie bis in unsere Zeit sich da und dort noch erhalten, führt über ein oberflächliches Tasten an äusseren Formen nicht hinaus. Ein richtiges Verständniss, ein tieferer Einblick in



das Wesen der krankhaften Vorgänge eröffnet sich erst bei entsprechender Würdigung anderweitiger, wesentlich in der Verlaufsweise der verschiedenen Krankheitsformen enthaltener Momente, deren Detaillirung mit Rücksicht auf die nachfolgenden vielfach darauf sich stützenden Erörterungen hier entfallen kann.

Indem ich nach diesen kurzen, zur Skizzirung des leitenden Gedankenganges innerhalb derselben einigermassen nothwendigen Vorbemerkungen daran gehe, eine Differentialdiagnose der Melancholie zu geben, erscheint es unabweisbar, auf die bisherige Fassung des Begriffes der Melancholie etwas eingehender zurückzukommen.

Wenn wir von den Anschauungen älterer Autoren hier absehen, die einer allerdings oft sehr hervorstechenden Begleiterscheinung psychischer Erkrankungsformen — der Stimmung — folgend, wohl von Melancholie und Manie sprechen, indess nur im Sinne von in einander übergehenden Modificationen „der" Geistesstörung — nur mit dem Unterschiede, dass bei jener mehr die Verdauungs-, bei dieser mehr die psychische Sphäre im Vordergrunde der krankhaften Erscheinungen stünden, so begegnen wir zunächst in Esquirol's klarer und detaillirter Schilderung der von ihm so benannten Lypemanie, einer mit gewissen Symptomen ausgestatteten Krankheitsform, die nicht nur nach klinischen Erscheinungen, sondern auch nach prognostischer Seite hin mit sehr treffenden und beachtenswerthen Zügen dargestellt ist; er definirt sie zunächst als eine Gehirnkrankheit, die sich durch ein partielles chronisches Dilirium ohne Fieber charakterisirt, die durch eine traurige, schwächende oder unterdrückende Leidenschaft unterhalten wird; in letzterem Umstande liegt für ihn auch das differentialdiagnostische Merkmal gegenüber den anderen ihm noch bekannten Krankheitsformen, insbesondere seiner Monomanie, die wohl auch eine Form des partiellen Delirium darstelle, allein durch angenehm aufgeregte Sensibilität, erheiternde Leidenschaften sich wesentlich unterscheide, abgesehen davon, dass ihr Verlauf acuter, die Dauer eine kürzere, der Ausgang ein günstigerer sei als bei der Melancholie; der eingehenden Schilderung des ihr zugehörigen Symptomencomplexes schliesst er zwei Varietäten derselben an, deren eine durch sehr grosse Reizbarkeit und ausserordentliche Beweglichkeit, die andere durch Concentrirung der Sensibilität auf einen einzigen Gegenstand mit allgemeiner Passivität kenntlich wären; der krankhafte Vorgang selbst wird in seiner Zurückführung auf die Affecte als die letzte Quelle der Geisteskrankheit überhaupt nur angedeutet.

Die bis in die neueste Zeit mit Vorliebe festgehaltene Eintheilung der Psychosen in Depressions-, Exaltations- und Schwächezustände (Griesinger) liess strengere, durch verschiedenartige Natur der Processe begründete Unterscheidungen nicht aufkommen; das gewohnheitsmässige Verfahren, jeden traurigen Kranken ohneweiters als Melancholiker zu erklären, ist unter den Aerzten der Gegenwart kaum seltener geworden. Was auf dieser Seite zu viel gethan, findet sich auf anderer Seite ganz vernachlässigt; von der allerdings durch die Erfahrung vielfach bestätigten Thatsache des so häufigen Vorkommens von Depression und Exaltation in den verschiedensten Irreseinsformen ausgehend, hat Morel die Melancholie als ein reines Symptom — dem Froststadium eines Fieberparoxysmus vergleichbar — declarirt, unverwerthbar für eine Classification. In ungleich schärferer Weise hat Guislain durch Darstellung der Melancholie als einer auf dem „Seelenschmerze" resultirenden Geisteskrankheit das Wesen derselben erfasst, indem er die gestörte Sensibilität, kurz die neurotische Grundlage des krankhaften Vorganges zum Ausgangs-



punkt seiner naturgetreuen Beobachtungen machte. Er hat auch bereits zwischen Elementar- und Fundamentalformen unterschieden und hiemit den richtigen Weg vorgezeichnet, den später Flemming durch seine gerade differentialdiagnostisch ungemein wichtige Trennung symptomatischer Zustandsformen und eigentlicher Krankheitsprocesse eingeschlagen. In letzter Zeit haben mehrere Autoren u. A. Pohl*), Krafft-Ebing**), Ersterer vom physiologischen, Letzterer vom klinischen Standpunkte, die Melancholie monographisch bearbeitet und zum Verständniss derselben wesentlich beigetragen.

Von diesem in der Natur der Sache begründeten Standpunkte aus soll in den nachfolgenden Zeilen die Stellung der Melancholie im Gebiete der psychiatrischen Krankheitsformen betrachtet und zunächst an der Hand der unmittelbar folgenden Krankheitsfälle jene Merkmale hervorgehoben werden, die durch ihr entscheidendes Gewicht für die Abgrenzung der Melancholie als bestimmten Process eine differentialdiagnostische Grundlage abzugeben geeignet sind.

Krankheitsfälle.

1. Ein 44 Jahre alter Beamte, in Folge amtlicher Anstrengung seit mehr als einem Jahre vor seiner, Ende März vorigen Jahres erfolgten Aufnahme an Congestionen und Kopfschmerzen leidend, seit letztem Winter unter gleichzeitiger Einwirkung von Unannehmlichkeiten im Amte von einer andauernden traurigen Stimmung mit Besorgnissen von Gefährdung seiner amtlichen Stellung beherrscht, gerieth wenige Wochen vor seiner Aufnahme aus Furcht, seiner Stellung bereits enthoben zu sein, in einen höheren Grad angstvoller, mit grossem Lebensüberdruss verbundenen Aufregung. Als Kind mit 3 Jahren überstand Patient einen schweren Typhus und soll in seiner Jugend überhaupt nervenschwach, schreckhaft gewesen sein; er stammt aus einer Familie, deren Glieder fast sämmtlich „nervös" sind; eine Schwester, nicht frei von psychischen Störungen, starb rückenmarkleidend.

Bei seiner Ueberbringung machte sich an dem Kranken zunächst eine hochgradige angstvolle Erregung bemerkbar; er zittert dabei am ganzen Körper, athmet rasch und oberflächlich; aus seinen sehr spärlichen, kaum verständlichen Aeusseruugen sind Bemerkungen, er habe sich entsetzlich compromittirt, in seiner Stellung sich lächerlich gemacht, hervorstechend. Rücksichtlich der körperlichen Erscheinungen muss hervorgehoben werden ein angeblicher Rückgang des allgemeinen Ernährungszustandes; das Gesicht des Kranken erscheint congestionirt, in einem leichten Grade cyanotisch; es besteht *foetor ex ore*, Husten und schleimiger Auswurf; krankhafte Veränderungen innerer Organe fehlen.

Der Anwendung sedativer Mittel — Opiate, prolongirte laue Bäder — folgte allerdings einige Beruhigung; die wesentlichen Erscheinungen, ein Grad von Angst, geknüpft an fast beständiges, dumpfes Dahinbrüten, grosser Mangel spontaner Regungen und Aeusserungen, unter denen Selbstanklagen und Besorgnisse vorherrschend sind, dauern fort. Nicht ohne ängstliches Widerstreben nimmt Patient Nahrung zu sich; ein gereichtes Wasserglas nimmt er bald in

*) Pohl: Die Melancholie nach dem neuesten Standpunkte der Physiologie und auf Grundlage klinischer Beobachtungen. Prag 1852.

**) Krafft-Ebing: Die Melancholie — eine klinische Studie. Erlangen 1874.



diese, bald in jene Hand, ohne zum Entschluss zu kommen, daraus zu trinken; zur Deckung sonstiger, körperlicher Bedürfnisse fehlt ihm jede spontane Regung; er verlässt weder freiwillig, noch auf äusseren Antrieb das Bett; halbaufrecht darin sitzend, klagt er leisen Tones über das entsetzliche Unglück, in das er seine Angehörigen gestürzt, über die Verworfenheit seiner Person, die nicht werth sei, dass man sich soviel Mühe mit ihr gebe; es sei ihm unbegreiflich, dass man ihn in's Spital gebracht; dasselbe werde durch ihn noch in Malheur kommen, vielleicht durch das Beleuchtungsmateriale seines Zimmers ein Raub der Flammen werden; der ganze Fussboden, das Mauerwerk werde durch seinen Urin zerfressen und schliesslich Alles zusammenstürzen. Die Wahn-Idee des Verlustes seiner Stellung lässt ihn absolut nicht zum Entschlusse gelangen, die zur Behebung seines Gehaltes nöthigen Documente zu unterfertigen; hiezu sei er nicht berechtigt; man wisse doch, dass er ein Schuft sei, der seine Angehörigen in entsetzliches Elend gebracht.

Von diesem traurigen, peinigenden Gefühle vermeintlicher Schlechtigkeit, hieran geknüpften Besorgnissen beherrscht, ist Patient irgend welcher ablenkenden Beschäftigung durchaus unzugänglich; jedes hierauf berechnete Vorhaben wird mit Widerwillen beantwortet; die der Körperpflege, der Hebung hartnäckiger Obstipationen dienlichen Vorkehrungen werden durch Widerstand und Abwehr des Kranken nur schwierig durchgeführt.

Die permanent traurige Stimmung des Kranken, die kaum merkbare, nur an länger dauernde Phasen gebundene Schwankungen aufwies, erfuhr auch keine wesentliche Aenderung, als nach ungefähr 6 Wochen unter Rückgang des allgemeinen Ernährungszustandes Illusionen und Hallucinationen mit in Erscheinung traten; einzelne Worte aus Gesprächen seiner Umgebung aufgreifend, knüpft er daran peinliche, seinem einförmig düsteren Ideengange adäquate Vorstellungen, spricht von gemeinen, gegen seine Frau gerichteten Beschimpfungen, von Lärm und Geschrei in seiner Umgebung, glaubt aus einer grossen Volksmenge heraus die Stimme seines Bruders zu vernehmen, geräth durch die auf Hallucinationen gegründete Vorstellung schwerer Misshandlung seiner nächsten Angehörigen in hochgradige Angst.

Während Selbstbeschuldigungen erwähnten Inhaltes mit kaum bemerkenswerthen Varianten immer wiederkehren und das Vorstellungsleben des Kranken völlig beherrschen, so dass ein von seinem Amtsvorstande an ihn gerichtetes, freundliches Schreiben eindruckslos von ihm aufgenommen wird, gesellen sich Ende Mai widrige Körpersensationen hinzu, pappiger Geschmack, Gefühl von Vollsein im Unterleib, die den Kranken zur Klage wegen Verabreichung von Speisen veranlassen, welche sich im Magen „zusammensetzen"; im raschen Anschluss hieran stellt sich ein auffallender Nachlass der tiefen Verstimmung sowohl wie der Hemmungserscheinungen ein. Patient erscheint regsamer; während vordem an ihn gerichtete Fragen gar nicht oder erst mit bedeutender Verzögerung beantwortet wurden, äussert sich Patient jetzt spontan erheblich flüssiger, bekundigt einiges Interesse für anderweitige Vorkommnisse, nimmt ohne Zwang Nahrung zu sich.

Mit diesem Status weniger ausgesprochener Verstimmung wurde der Kranke, von Selbstanklagen keineswegs frei, von vagen hypochondrischen, bis zu einer Art Vergiftungswahn führenden Gefühlen belästigt, in seiner Ernährung wieder gebessert entlassen.

Anfang Januar d. J., nachdem die angeführten Symptome in wechselnder Höhe sich erhalten, wurde Patient wegen der Schwierigkeit häuslicher Be-



handlung, die sich seit Kurzem durch vermehrte Resistenz und Abwehr des Kranken herausgestellt, neuerdings aufgenommen. Sein Ernährungszustand liess nichts zu wünschen übrig. In seinem psychischen Verhalten machte sich ein Grad von Verworrenheit geltend; in seiner Miene verrieth er mitunter Staunen und Verwunderung; Alles, was ihn umgab, schien ihm unklar, unverständlich; er erinnert sich nicht, je einmal schon hier gewesen zu sein; die Aerzte kämen ihm vor wie Masken; es sei hier kein Spital, er gehöre nicht hieher. Grosse Resistenz, Verdrossenheit, Antipathie gegen die ganze Aussenwelt reihten sich unmittelbar an; Patient verbleibt beständig missvergnügter Stimmung zu Bette, ist nicht zu bewegen, dasselbe zu verlassen; er behauptet keine Füsse zu haben, nicht gehen zu können; sei überhaupt Niemand, sei todt, ein Haufen Schmutz, den man zum Fenster hinauswerfen sollte; für ein längeres Gespräch unzugänglich, drängt er jeden Besucher baldigst von sich, erklärt mitunter laut auflachend das Gespräch Anderer für Unsinn. Gegen alle seine Person berührenden Unternehmungen, auch die seiner Körperpflege, verhält sich Patient energisch abwehrend; nur die Nahrungsaufnahme geht anstandslos vor sich — oft mit sehr gesteigerter Appetenz.

Erst Mitte März erscheint Patient ab und zu etwas zugänglicher; die Neigung, alle auf seine Person bezüglichen Verhältnisse — Name, Stand, amtliche Stellung etc. — consequent zu negiren, als unmöglich hinzustellen, besteht fort. Wiederholt gewaltsam aus dem Bette gebracht, sucht er dasselbe immer wieder auf; düstere Unzufriedenheit, Gefühl der Nichtigkeit und Unfähigkeit wirken fortwährend auf ihn ein; er erklärt auch Anfang April noch, er sei nur eine Leiche, ein Staub, den man hinauswerfen möge; es sei ihm schrecklich zu Muthe; er könne sich gar nicht bewegen; am liebsten wäre es ihm, ganz zu Grunde zu gehen; er sehe ein, dass so ein Mensch, der gar nichts Menschliches an sich habe, nirgends nutz sein könne; man möge ihn allein lassen; Alles sei ihm fürchterlich.

Seit Mitte April treten in unregelmässigem Wechsel Tage minderen Missbehagens, geneigter Empfänglichkeit für äussere Eindrücke auf; er verlässt mitunter freiwillig das Bett, kleidet sich an, macht mässige Bewegung; für eine Beschäftigung ist Patient indess nicht zu gewinnen. Sein noch düsterer Gedankengang möge aus folgendem, dieser Zeit entnommenen Gespräche beurtheilt werden.

„Ich weiss nicht das Geringste; man dreht sich immerfort in demselben Winkel hier herum, dann kommt immer wieder Jemand herein und fragt mich; ich weiss nicht, mein Bruder und meine Schwester sehen so eigenthümlich aus; ich habe nie Bruder und Schwester gehabt, nie etwas von ihnen gewusst. — Ich bin ein Kerl, den man anspucken sollte, weil ich wirklich gar keinen Boden habe für meine Existenz; ich habe gar keine Berechtigung zum Leben; sehen Sie mich an, wie ich ausschaue; ja, wenn ich so aufstehen könnte wie ein gesunder Mensch und nach Wien gehen könnte; was hab' ich denn von diesem Wien hier? Das ist ein schönes Wien! — Die sprechen da immer von Ostern, Ostersonntag, Charsamstag, das ist ja Alles nicht der Fall. — Ich bin da unter lauter curios aussehenden Menschen, so dass man nicht weiss, wie die überhaupt leben können, die Existenz sich sichern können. Ich kann nur sagen, dass ich kreuzunglücklich bin; mir ist Alles total unbegreiflich, was da geschehen ist. Und ewig hab' ich im Ohr diese Bewegung, dieses Rauschen. Zusammenschiessen sollte man mich, das wär' mir das Liebste."





Die Unklarheit in der Auffassung aller seiner Beziehungen zur Aussenwelt erhält sich in gleichem Grade fort; wie seine eigene Persönlichkeit, so macht auch seine ganze Umgebung einen befremdenden Eindruck auf ihn; Alles an ihm sei Schmutz; die Zimmereinrichtung sei doch nicht das, was sie eigentlich vorstellen soll; der Druck in den Büchern sei ein ganz anderer, der grünende Baum draussen nur die Carikatur eines Baumes. Eine klare Erinnerung an frühere Vorkommnisse scheint ihm vollständig zu fehlen; nur dass er ganz anders geworden, sei ihm bewusst; alle seine früheren Beziehungen stellt er consequent in Abrede, überhaupt seine frühere Existenz, indem er bemerkt: „wenn ich je gelebt, so haben die Menschen damals ganz anders ausgesehen".

Mit geringen Abstufungen rücksichtlich der Stimmung verharrte der Kranke nach allen sonstigen Richtungen hin bis zu seiner wenige Wochen darauf folgenden Entlassung in gleichem Status.

2. K. A., 51 Jahre alt, Grundbesitzerin, ledigen Standes, deren Geschwister einige an „Fraisen" starben, die selbst ausser dieser Krankheit in früheren Jahren an Chlorose litt, seit zwei Jahren im Klimacterium steht, soll bereits mehrmals — allerdings auf äussere Anlässe, so u. A. zur Zeit des vor vier Jahren erfolgten Todes ihres Vaters — vorübergehend sehr verstimmt gewesen sein. Bei ihrer wegen Symptomen von Geistesstörung erfolgten Aufnahme auf die Klinik zeigte sie schwächlichen Körperbau, mangelhaften Ernährungszustand; in ihrem Wesen spricht sich Gedrücktheit und Angst aus; sie ergeht sich in einer Reihe von Selbstbeschuldigungen, fällt häufig auf die Knie und betet; sie habe — gibt sie an — viele Sünden auf dem Gewissen; früher sei sie regelmässig zur Kirche gegangen, jetzt sei sie schon lange nicht mehr dort gewesen, könne überhaupt nicht mehr beten; sie habe ihren Bruder zu Grunde gerichtet; hierüber, sowie über ihre Unthätigkeit macht sie sich Vorwürfe; während sie früher ihre Wirthschaft ordentlich versehen, fühle sie sich seit langer Zeit matt, habe sich nicht mehr aus dem Bette getraut, nicht mehr arbeiten können. Sie macht sich — da eben von ihrer Mutter die Rede ist — Ungehorsam gegen dieselbe zum Vorwurfe; äussert Lebensüberdruss. Ihre Reden sind vielfach von Weinen und Schluchzen unterbrochen.

Die krankhafte Stimmung, die durch das Fehlschlagen eines Heiratsprojectes mehrere Monate vor der Aufnahme in's Krankenhaus eingeleitet worden zu sein scheint, an die in weiterer Folge zeitweise Angstzustände sich knüpften, wobei ihr mitunter Alles ganz verändert, wie verhext vorkam, erhielt sich in unveränderter Andauer, nicht ohne begleitende Hemmung; so äussert die Kranke später wiederholt, sie fühle sich wie geschlossen, könne sich nicht bewegen; so niedergeschlagen wie jetzt sei sie noch nie gewesen. In ihrer fortbestehenden Neigung zur Selbstbeschuldigung spricht sie davon, wie schlimm, neidisch und hartherzig sie gewesen, sie könne nicht mehr beten, es sei, als habe sie keinen Glauben mehr; fühle gar nicht mehr, dass sie eine Zuneigung zu Jemandem habe; es sei ihr, als habe sie kein Herz. Mitunter äussert sie, sie kenne sich nicht aus, hält die Kinder ihres Bruders, von denen sie öfter besucht wird, bisweilen nicht für die richtigen, fürchtet, dieselben würden gemartert.

Nach einem in der 6. Woche ihres Aufenthaltes überstandenen Erysipel, während dessen Bestand die angstvolle Erregung der Kranken erheblich sich steigerte, trat allmälige Besserung, ein Nachlass der krankhaften Stimmung



und mit ihm auch der übrigen Erscheinungen ein und wurde Patientin nach fünfmonatlichem Bestande der melancholischen Erkrankung geheilt entlassen.

3. Sch. F., 59 Jahre alt, Productenhändlerswitwe, seit mehreren Jahren im Anschlusse an das Klimacterium an Kopfcongestionen leidend, sonst nie schwer krank, zu Nervenkrankheiten nicht veranlagt, äusserte wenige Wochen vor ihrer Aufnahme nach vorangegangenen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit krankhafte Ideen des Inhaltes, man werde sie wegen ihrer Sündhaftigkeit in Ketten legen und lebendig begraben.

Patientin, abgemagert und erschöpft, mit kleinem, frequenten Pulse, ohne nachweisbare Organerkrankungen, zeigt deprimirte Stimmung; sie verwahrt sich im Vorhinein, dass man an ihrem guten Verstande oder ihrer Wahrheitsliebe zweifle; man werde sich schon Ueberzeugung verschaffen, dass sie von den bösen Geistern verfolgt werde, deren Pfeifen, Klopfen, Herumfahren sie in beständiger Furcht erhalte; sie müsse wohl vielfach sich versündigt haben; eines Mordes sei sie sich zwar nicht bewusst, wohl aber habe sie von Kindheit an den Glauben nicht gehalten, auf Gott vergessen, ihre Kinder nicht zum Gebet angehalten, ihre Angehörigen schlecht behandelt. Sie allein trage Schuld an den Leiden und schlaflosen Nächten so vieler Kranken, die durch das ihretwegen draussen tobende Geheul unverschuldet gestört werden.

Jetzt müsse sie als grosse Sünderin büssen; die bösen Geister schnüren ihr, um sie am Essen zu hindern, die Kehle zusammen; so schwach sie auch geworden, so dass sie bereits Todtengeruch verbreite, könne sie doch nicht sterben, müsse wohl lebendig begraben werden. Nur sie habe dieses unerhörte Schicksal getroffen — eine Strafe Gottes, vor dessen Richterstuhl sie bald werde gefordert werden; man möge ihr nur Kost und Schlaf entziehen, damit sie sich nicht noch mehr versündige; am Besten wäre es, sie auf einen offenen Platz hinauszuwerfen, da sie unter solche Leute gar nicht gehöre; dieselben würden dann, indem der Aufruhr draussen sich legen werde, nicht so viel mehr zu leiden haben. — Ungeheilt entlassen.

4. J. A., 22jährige Nätherin, ein schwächlich gebautes Mädchen, übertrieben religiös, hatte ausser Blattern in früher Kindheit bis jetzt kein schweres Leiden überstanden. Zu tieferen Nervenstörungen besteht einige Anlage, indem die Grossmutter altersblöde, der Vater sehr nervös ist; sämmtliche Geschwister der Kranken sind rhachitisch.

Mit dem Sistiren der sonst regelmässigen Menses vor drei Monaten stellten sich Kopfschmerzen, Schlafstörung, bald darauf — angeblich unmittelbar nach einer Beichte — eine auffallende Veränderung im Benehmen der Kranken ein; sehr deprimirte Gemüthsstimmung, Nahrungsverweigerung, dabei Aeusserung der Wahn-Idee, eine grosse, zum Martertod bestimmte Sünderin zu sein.

Auf die Klinik aufgenommen, zeigt Patientin scheuen, ängstlichen Blick; sie bleibt mit gesenktem Haupte fast regungslos sitzen; ist gedrückter Stimmung, gibt ungemein zögernde, kaum vernehmbare Antworten; die meisten auf ihren Zustand bezüglichen Fragen lässt sie vollkommen unbeantwortet, bisweilen gibt sie dem Wunsche Ausdruck, noch einmal zu ihren Eltern zu kommen. Durch Unthätigkeit und unordentlichen Lebenswandel habe sie dieselben schwer gekränkt, das Unglück der ganzen Familie verschuldet; trotz ihrer Bitten um die ihrer Ansicht nach verdiente Entziehung der Nahrung dennoch von ihren Eltern immer zum Essen angehalten, habe sie durch hartnäckige Gegenwehr dieselben um so tiefer gekränkt; jedenfalls werde man sie sehr bald in's Gefängniss, dann zum Galgen abführen.



Die Kranke schliesst sich von ihrer Umgebung ab; in sich gekehrt, zeigt sie bei allen Anlässen, die sie von ihrem Gedankengang abbringen könnten, grossen Missmuth und gelegentlich bedeutende Resistenz; sie weigert sich, Nahrung und Medicamente zu nehmen aus Bedenken wegen der Kostenzahlung. Die Furcht, abgeholt und eingesperrt zu werden, versetzt sie zeitweise in Angst, in der sie zu ihrem Schutz irgend ein Versteck aufsucht.

Selbstbeschuldigungen des angedeuteten Inhaltes, die Besorgniss, auf schreckliche Weise sterben zu müssen, bilden den Mittelpunkt ihrer spärlichen Gedankenäusserung; ihre anfängliche Passivität durch Beschäftigung mit Handarbeit allmälig aufgebend, bewahrt sie dabei in ihrem übrigen Thun und Lassen eine so recht mit starrem Eigensinn sich deckende Eigenthümlichkeit; Unmuth und Verdrossenheit, Trotz bleiben in ihrer Miene deutlich und unverändert ausgesprochen; sie stellt ganz entschieden in Abrede, krank zu sein, und erklärt die körperliche Untersuchung als eine ganz überflüssige Procedur, da sie überhaupt nicht in ein Spital gehöre; Besuchen seitens der Angehörigen begegnet sie unfreundlich, indem sie durch die Thatsache, dass jene sich um sie noch kümmern und ihr eigenes Wohl hiedurch — wie sie meint — vernachlässigen, höchst unangenehm berührt wird und bezeichnet sie den Eindruck, den nun ihre Verwandten auf sie machen, geradezu als gespensterhaft.

Während mehrmonatlicher Beobachtung machte sich in dem psychischen Gesammtverhalten keine wesentliche Aenderung bemerkbar.

5. S. J., Dienstmädchen, 23 Jahre alt, kam im Juni vorigen Jahres mit einem Aufnahms-Document — nach welchem sie mit Verfolgungswahn behaftet ist — auf die psychiatrische Klinik. — Anamnestisch wurde erhoben, dass die Kranke — frei von hereditärer Anlage, auch körperlich nie erheblich krank — seit jeher sehr empfindsamer Natur, in übertriebener Weise traurige Vorkommnisse sich zu Gemüthe führt, so dass sie beispielsweise anlässlich eines vor Jahresfrist in der Familie ihres Dienstgebers eingetretenen Todesfalles durch lange Zeit „tiefsinnig" war. Sechs Wochen vor ihrer Aufnahme, nachdem die sonst regelmässigen, doch profusen Menses kurz vorher ausgeblieben, bemächtigte sich ihrer gelegentlich der Entlassung einer Dienstgenossin eine sehr gedrückte Stimmung; sie glaubte sich jene zum Vorwurf machen zu müssen; in ebenso grundloser Weise klagte sie sich an, dass sie zu wenig arbeite; es trat bald Nahrungsverweigerung hinzu, Selbstmordgedanken, Furcht, von Gendarmen abgeholt und eingesperrt zu werden.

Bei der Aufnahme zeigt die schwächlich gebaute und etwas anämische Patientin tiefe Verstimmung; zeitweise die Hände ringend, geht sie hin und her, ohne sich zu äussern; auf längeres Zureden spricht sie von einem grossen Unglück, das geschehen, ohne Näheres hierüber anzugeben. Später bemerkt sie: „Ich habe das ganze Unheil hereingebracht; man soll immer denken, bevor man etwas thut; meine armen Schwestern, mein armer Bruder müssen leiden; ich habe sie angelogen, weil ich mich krank gemacht habe; ich habe meine Familie unglücklich gemacht; es ist schrecklich, lebenslang in einem Kerker zu schmachten; das Urtheil ist gefällt." Ihre Klagen bringt die Kranke monoton vor, von Thränen begleitet und wird sie von dem Inhalte ihrer Klagen ausschliesslich beherrscht; unzugänglich jeder anderweitigen Beschäftigung, legt sie ein zur Lectüre gereichtes Buch bald bei Seite mit dem Bemerken, dass sie von seinem Inhalte nichts verstehe; immer und immer wiederholt sie tief aufseufzend, es sei schrecklich, so jung in den Kerker zu kommen, es bange ihr vor der Zukunft; mehrmals bittet sie, um ihre Selbstmord-Ideen zur Aus-



führung bringen zu können, um einen abendlichen Urlaub für einige Stunden, wobei sie die Absicht eines Besuches bei ihrer Schwester vorschützt.

Diese Einförmigkeit des Gedankenganges, verbunden mit einem fast regungslosen äusseren Verhalten, erhält sich während der durch Opiate und Eisenpräparate eingeleiteten Behandlung unverändert; die Kranke sitzt, die Hände im Schosse wie zum Beten gefaltet, gesenkten Hauptes, vor sich hinbrütend da, auch nothwendigen Verrichtungen erst auf äussere Anregung hin einigermassen zugänglich.

Nachdem zu Anfang August die tiefe Verstimmung der Kranken merkbar sich gehoben und mit ihr auch die übrigen Krankheitserscheinungen theilweise sich gebessert, trat Mitte August mit dem Erscheinen der mit der Untersuchung ihres Geisteszustandes betrauten Gerichtscommission eine auffallende Verschlimmerung ein; im Wahne, nun vom Gerichte zu ewigem Kerker verurtheilt zu sein, weint und klagt sie ohne Unterlass, dass man ihrem alten Vater diese Schmach nicht habe ersparen können, macht in ihrer verzweiflungsvollen Stimmung wiederholte Strangulirungsversuche.

Nach 14 Tagen beruhigter, gibt sie ihrem Bedauern Ausdruck, dass sie ihrem Heimatsorte, den Eltern und Geschwistern so grosse Schande bereitet, dass sie die Gelegenheit, draussen an einem Baume sich zu erhängen, habe unbenützt vorübergehen lassen; sie spricht von dem Schreckniss ewiger Kerkerhaft, von dem grossen Unglück, hervorgegangen aus ihrer Nichtswürdigkeit, um derentwillen ihre Mutter noch im Grabe sich umdrehen werde.

Um Mitte September scheint die krankhafte Stimmung wesentlich zurückgegangen; Patientin fängt an, sich zu beschäftigen, den Vorgängen ihrer nächsten Umgebung einige Aufmerksamkeit zu schenken; anfangs anlässlich heiterer Scenen bricht sie später in anscheinend unmotivirtes Lachen aus, geht oft erregt auf und ab, Melodien intonirend. In ihrem Verhalten unsicher und unstät, lässt sie auch in Erregungszuständen eine lebhaftere Spannung der Züge, klare und flüssigere Gedankenäusserung vollständig vermissen, sowie andererseits ihre noch immer vorhandenen Selbstanklagen einer adäquaten Stimmung völlig entbehren.

Ohne besondere Regung macht sie z. B. die Bemerkungen (Mitte October), sie wolle nicht mehr leben, nicht mehr auf der Welt sein, weil sie — aus achtbarer Familie stammend — ihren Geschwistern nicht gleichkomme; alle ihre Angehörigen habe sie unglücklich gemacht, alle Braven müssen durch sie leiden; stehe der Welt da zur Schande, da sie ihre Pflichten nicht erfüllt; wisse wohl, dass sie als ein für die Gesellschaft unbrauchbares Individuum in den Kerker gesperrt werde; jetzt sei ihr übrigens Alles eins, Alles recht; sei immer gleichgiltig gegen Alles; das sei eben das Unglück, dass sie nie etwas überdacht und überlegt; müsse doch Stroh im Kopfe haben, sonst wäre nicht Alles, was für sie verwendet worden, nutzlos gewesen. Wenn sie ein Mensch wäre, hätte sie doch nicht so handeln können; wolle daher auch nicht mehr unter Menschen sein. Sie betrachte sich als vollkommen gesund; nur die „Denkungskraft" habe ihr gefehlt, so dass sie, was zu ihr gesprochen wurde, nicht habe überlegen können.

Anfangs November wurde Patientin in diesem wesentlich unveränderten Status an die Irrenanstalt abgegeben.

6. Eine Mitte October 1877 aufgenommene, 29 Jahre alte Cassierin, deren Vater durch Selbstmord geendet, hatte ausser wiederholtem Gelenksrheumatismus keine bemerkenswerthen Krankheiten durchgemacht. Drei Wochen nach ihrer

vor vier Monaten stattgefundenen ersten Entbindung trat sie, körperlich sehr geschwächt, wieder in ihre Stellung, die sie seit nahezu drei Jahren trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten und Anstrengung zur vollsten Zufriedenheit inne hatte; denselben gegenwärtig nicht mehr gewachsen, blieb sie in der Geschäftsgebahrung zurück; die Entdeckung eines hieraus abzuleitenden Geldabganges habe nach den Angaben der Angehörigen der Kranken sehr deprimirend auf dieselbe gewirkt; an die Meinung absichtlich incorrecten Vorgehens der anderen Dienstpersonen reihte sich alsbald die Besorgniss an, für eine schlechte Person angesehen, von der Polizei verfolgt zu werden. Seit vier Wochen wähnt sie sich des Diebstahls angeklagt, aller Mittel entblösst; sie verweigert die Nahrungsaufnahme, droht mit Selbstmord, bittet knieend die Mutter Gottes um Verzeihung.

An der sehr anämischen Kranken machte sich während der kurzen Dauer ihres Aufenthaltes sehr gedrückte Stimmung bemerkbar. Sie gibt an, bald nach ihrem Wiedereintritt ins Geschäft ein verändertes Benehmen Aller gegen sie bemerkt zu haben; sie habe wohl nicht der Vorstellung, dass man einen Diebstahl ihr zumuthen könnte, Raum gegeben, obwohl sie letzteren durch schlechte Gebahrung sich habe zu Schulden kommen lassen, u. zw. nicht aus Elend, sondern aus reiner Gottverlassenheit; weil sie den Glauben an die Religion, an Alles verloren habe, sei Alles so gekommen. Vielen, ja allen Leuten sei bekannt, was sie gethan — auch noch anderweitige „Schlampereien", Rechenfehler, die sie begangen; der Umstand, dass trotzdem Niemand sich darüber zu ihr geäussert, habe sie zum Dienstaustritt veranlasst, so sehr ihre Dienstgeberin sie hievon abzuhalten suchte.

Seitdem habe sie keine Ruhe mehr finden können; was sie unternommen, sei schlecht gewesen; ihren Bruder, der ihre Habseligkeiten in Verwahrung habe — klagt sie — auch ins Unglück gestürzt zu haben, da man ihm Alles wegnehmen werde; nur durch eine sofortige Reise zu ihm könne sie ihn vielleicht noch vom Selbstmord abhalten; sie kenne keinen Ausweg mehr, müsse verzweifeln; wolle und könne in all' dem Jammer und Elend nicht mehr leben.

Die Kranke muss zur Nahrungsaufnahme gezwungen werden; sie erklärt, hier nicht länger verbleiben und umsonst essen zu können; dazu seien andere arme Leute da. Sie müsse für das allgemeine Wohl etwas thun — sei es auch als Wärterin — damit ihre Verpflegskosten nicht jemandem Anderen zur Last fallen, draussen zu arbeiten, um die Kosten für die Erhaltung ihres Kindes zu decken, fühle sich stark genug dazu.

Nach zehntägigem Aufenthalt gegen Revers entlassen, gelangte Patientin vier Monate später wegen angstvoller Aufregung zur Wiederaufnahme. Sie trägt auch jetzt noch ein gleich gedrücktes Verhalten zur Schau, ist zurückgezogen und sehr kleinlaut. Ihr Gedankengang bewegt sich vorwiegend in düsteren Klagen; „es verdriesse sie Alles; sie sei ganz desperat; wolle wieder hinaus und arbeiten; früher habe sie vor lauter Nachdenken und Studiren keine Zeit dazu gehabt; jetzt werde es schon wieder besser gehen. Ihr ganzes Glück, Alles sei zerstört; nicht im Stande, sich darüber hinwegzusetzen, sei sie in solchen Trübsinn verfallen, dass sie sich nicht mehr davon losmachen könne. Ihr allein unter allen Verwandten sei so ein Unglück widerfahren; ihre ganze Familie habe sie in Schande gebracht. So könne es nicht bleiben; müsse wieder hinaus, um zu verdienen; die Sorge um ihr Kind bringe sie nur noch mehr in Verzweiflung. — Die Kranke beschäftigt sich nur sehr unregelmässig, geht



nachdenklich und mit sorgenvoller Miene hin und her; nimmt nur wenig Nahrung zu sich; zeitweise klagt sie über Schmerzen im Hinterhaupte, die sie auch am Schlafe hindern.

Gegen Ende ihrer hierortigen Beobachtung (April 1878) treten Klagen über verschiedene körperliche Vorgänge mit in den Vordergrund, u. A. ein Gefühl eigenthümlicher Veränderungen im Blute, als ob dasselbe an einzelnen Körperstellen, besonders an den Oberschenkeln sich zusammensetze; Mattigkeit, allgemeines Missbehagen. Sie betrachtet fortwährend ihre Lage als so verzweifelt, dass sie nicht mehr im Stande sei, daraus sich zu erheben.

Der klinischen Beobachtung drängen sich innerhalb des Symptomenbildes — wie es in einigen Beispielen eben gekennzeichnet wurde — gewisse beachtenswerthe, constante Merkmale auf, deren Würdigung von besonderer Wichtigkeit ist, insoferne wir in ihnen charakteristische, einem bestimmten Krankheitsprocesse streng angehörige Symptome erblicken müssen.

Unter diesen muss zunächst die typische krankhafte Stimmung von sogenanntem depressiven Charakter — die traurige Verstimmung — hervorgehoben werden.

Welche Bedeutung der Stimmung für die Auffassung der psychiatrischen Krankheitsformen zugewiesen werden kann, wurde im Vorigen bereits angedeutet; die Wichtigkeit eben dieser Frage für den vorliegenden Zweck macht indess eine eingehendere Erörterung derselben nothwendig.

Wir wissen, dass die Stimmung hervorgeht aus der Wahrnehmung der verschiedenen Abstufungen des Vorstellungsablaufes, dass sie mit der Erregbarkeit der Hemisphären überhaupt, der Leichtigkeit der Wiederkehr und Verbindung der Vorstellungen mannigfachen Schwankungen unterliegt; wie der Inhalt der Vorstellungen selbst in seiner Abwechslung modificirend auf unsere Stimmung einwirkt, ist allgemein bekannt; die Helligkeit, mit der indess die Stimmung im Einzelnfalle zum Bewusstsein kommt, kann nach der Verschiedenartigkeit der Wirkung der hiebei betheiligten Factoren zahlreiche Abänderungen erfahren; was verändernd auf unser Vorstellungsleben wirkt, mannigfaltige, durch die peripheren-Nerven von der Aussenwelt, von unserem eigenen Körper vermittelte Nachrichten können vermöge der an sie geknüpften Localgefühle unserer Stimmung ein mehr weniger bestimmtes Gepräge geben. All' dies gilt — wie für den Normalzustand — auch für Zustände krankhafter „Seelenthätigkeit"; auch innerhalb dieser finden sich die Grundtypen in Form der traurigen, der heiteren und reizbaren Stimmung wieder.

Es drängt sich hier die Frage auf, wann wir in der Lage sind, eine Stimmung, in specie die traurige, als krankhafte, als Verstimmung bezeichnen zu müssen? Bevor wir jedoch unmittelbar auf die Beantwortung dieser Frage eingehen, scheint es geboten, auf die theoretischen Anschauungen über die materiellen Grundlagen der Stimmungen zurückzukommen. In seiner Abhandlung über Einzelempfindung und Lust- und Unlustgefühle (Archiv für Psychiatrie, VII. B., IX.) hat Spamer unter berechtigter Anwendung des für die gesammte Thätigkeit des Nervensystemes giltigen Reflexschema auch rücksichtlich der psychischen Thätigkeiten, des Empfindens, Vorstellens und Wollens auf den Antheil aufmerksam gemacht, der den Vorstellungsbahnen für das Zustandekommen von bestimmt charakterisirten Einzelempfindungen zugemessen werden muss, während die einfachen, nicht näher



charakterisirten Lust- und Unlustgefühle — als primitivste Formen des Fühlens — ausschliesslich als Thätigkeitsäusserungen der cerebralen Gefühlssphäre aufzufassen sind; indem er zur Erklärung des jenen primitiven Gefühlen zu Grunde liegenden Molecularvorganges theils angeborne, theils angebildete Verschiedenheiten der molecularen Zusammensetzung und Bewegung der sensitiven Zellen in Anspruch nimmt und jene Gefühle abhängen lässt von der Wirkung jenen Verhältnissen adäquater oder inäquater Reize, führt er die traurige Stimmung der Melancholiker auf eine dem Molecularbau der Zellen inäquate, intensive Erregung vorwiegend der sensitiven Sphäre zurück, dabei die Frage offen lassend, wie viel von den Störungen des Vorstellens und Wollens sich als lediglich secundäre Erscheinungen, als aus der Störung des Empfindens hervorgegangen auffassen lassen. Bezüglich des Abhängigkeitsverhältnisses der Lust- und Unlustgefühle zu bestimmten Vorstellungen betont er die Nothwendigkeit gleichzeitiger Erregung der Gefühlssphäre auf dem Wege von durch die Erfahrung gewonnenen „ausgeschliffenen" Bahnen von den betreffenden Vorstellungen nach den entsprechenden Empfindungen hin.

Diese in Kürze wiedergegebenen theoretischen Voraussetzungen entsprechen zahlreichen durch die Erfahrung erhärteten Thatsachen, welche zeigen, wie theils durch directe Beeinflussung des materiellen Gehirnzustandes (am bekanntesten durch toxische Agentien), theils durch die Herrschaft intensiver Vorstellungen, die bald fördernd, bald hemmend auf den Gedankenablauf wirken, also auf indirectem Wege die Stimmung verschieden modificirt wird. Derlei geschieht im gewöhnlichen Leben mit einer gewissen Gesetzmässigkeit unter Einhaltung proportionaler Verhältnisse.

Es kann dem Gesagten zufolge nur zweierlei Richtungen geben, nach welchen hin die Stimmung anfängt, einen krankhaften Charakter zu gewinnen.

Entweder handelt es sich um pathologische Aenderungen des materiellen Zustandes des Gehirns, insofern hiedurch im Sinne obiger Deductionen vorwaltend die sensitive Sphäre in Mitleidenschaft gezogen ist, oder es liegt vor ein Missverhältniss zwischen äusseren, die Stimmung erregenden oder beeinflussenden Momenten, denen in gewissem Sinne auch die Vorstellungen beigezählt werden können, und der hieraus abzuleitenden Stimmung rücksichtlich deren Art, Intensität und Dauer, was auch wieder nur unter Supponirung gewisser krankhafter Veränderung innerhalb der genannten Sphäre einigermassen möglich erscheint.

Es handelt sich darum, der Frage näher zu kommen, auf welchem Wege jene vorläufig nicht näher zu definirenden materiellen Veränderungen zur Entwicklung kommen und ist hier der Ort, die für das Verständniss der Verstimmungen als klinischer Erscheinungen wichtigen Anschauungen geltend zu machen, wie sie vor Allem Meynert*) in Würdigung anatomischer Befunde und klinischer Beobachtung zum Ausdruck gebracht. Der Standpunkt, den der genannte Autor, ausgehend von dem aus zahlreichen Sectionsbefunden erhellenden Ergebnisse des häufigen Vorkommens hyperämischer Zustände und Zunahme des Hirngewichtes in den maniakalischen gegenüber den melancholischen Krankheitsformen, einhält, gipfelt im Wesentlichen darin, dass die Manie einen Reizzustand mit Erleichterung der Entbindung lebendiger Kraft, die Melancholie einen Erschöpfungszustand mit gegentheiligem Charakter dar-

*) Meynert: Psychiatrisches Centralblatt 1871, 1874. — Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung der klinischen Psychiatrie. 1876.



stelle, dass die ihnen zu Grunde liegenden Stimmungen als toxische Erscheinungen zu deuten sind, als Ausdruck der Wahrnehmung von Ernährungsstörungen des Vorderhirns, in specie der Ganglienzellen desselben; indem er weiter hinweist auf die experimentalphysiologisch gestützte Thatsache des Antagonismus zwischen Hemisphärenerregung und Gefässdruck in dem Sinne, dass gesteigerte Hemisphärenthätigkeit verminderte Erregung im Gefässcentrum, in Folge dessen Arterienerweiterung, arterielle Hyperämie, — umgekehrt herabgesetzte Hemisphärenerregung durch gesteigerte Erregung im Gefässcentrum Arterienenge, somit erhöhten Gefässdruck setzt, so erscheint hiedurch eine wichtige klinische Seite der Melancholie, die Thatsache des den einseitigen, wenige Vorstellungen umfassenden Gedankengang begleitenden, zunächst durch verminderte Sauerstoffzufuhr bedingten Mangels allgemeiner Hemisphärenerregung vollkommen begreiflich.

Als Grunderscheinung der Melancholie — den psychischen Schmerz zum Ausgangspunkte nehmend — bezeichnet v. Krafft-Ebing die Melancholie als eine psychische Neuralgie, als Neurose der sensorischen Centren der Corticalis des Grosshirns, wobei neben abnormer Erregbarkeit gegenüber Reizen eine beständige Erregung durch innere Vorgänge gestörter Ernährung und molecularer Veränderung besteht.

Neuestens hat Schüle (Handbuch der Geisteskrankheiten, 1878) in sehr eingehender Deduction ebenfalls die Ganglienaffection als physiopathologischen Vorgang für die in Rede stehende Krankheitsform hingestellt, eine corticale, von ihm auf die Wirkung trophischer Nerven bezogene Ernährungsstörung, so dass der Monotonie des melancholischen Vorstellens und Handelns ein ebenso verlangsamter, herabgesetzter Stoffumsatz zu Grunde zu legen ist.

Allenthalben findet sich wesentlich Nachdruck gelegt auf Veränderungen der Hemisphärenthätigkeit, sei es nun, dass sie als toxische Wirkung directer oder durch entferntere Einflüsse vermittelter Ernährungsstörung sich darstellen.

Nach dem bisher Gesagten werden wir die traurige Stimmung dann als pathologisch erklären müssen, wenn sie auf abnorme Erregungsverhältnisse innerhalb der sensiblen Sphäre ohne oder mit Concurrenz nachweisbarer äusserer Einflüsse zurückzuführen ist; auf letzterem Umstande beruht im Wesentlichen die klinisch wichtige Unterscheidung zwischen primärer und secundärer trauriger Verstimmung.

Wenn wir nun rücksichtlich dieser Erscheinungen auf das Gebiet der klinischen Thatsachen übergehen unter Beziehung auf die vorgeführten Krankheitsfälle, so findet sich schon im ganzen äusseren Habitus der Melancholiker, ihrer Miene und Haltung das augenfälligste Symptom ihrer Krankheit, die traurige Verstimmung, deutlich widergespiegelt; sie haftet dem Kranken mit kaum merklichen Unterschieden durch die ganze Dauer des melancholischen Processes an; nur in den Ausnahmsfällen intercurrenter fieberhafter Erkrankungen wegen der zweifelsohne damit verbundenen stärkeren Erregung durch überhitztes, vielleicht auch rascher zugeführtes Blut kommen auffallende Schwankungen bis zum völligen Schwinden der traurigen Stimmung vor. Das peinliche Gefühl, der sogenannte psychische Schmerz, von dem die Kranken dauernd beherrscht werden, macht sich in lauten Weh- und Klagerufen, durch Seufzen und Händeringen, häufig nur durch thatenloses, dumpfes Dahinbrüten bemerkbar; dem peinlich unangenehmen Eindrucke gegenüber, den die Empfindung der krankhaften Ernährungsvorgänge im Bewusstsein des Melancholikers hinter-



lässt, nimmt der Kranke von seiner Umgebung überhaupt wenig Notiz, ist in gewissem Sinne theilnahmslos; nur Momente, die auf seine so veränderte Individualität direct eingreifen, sind im Stande, aus seinem Versunkensein ihn zu wecken; so kommt es, dass sonst freudig ihn bewegende Erscheinungen die gegentheilige Wirkung in ihm hervorbringen; er reagirt oft genug darauf mit Unmuth und Widerwillen (*psychische An- und Dysästhesie*), mit Resistenz und Abwehr.

Erst mit dem Uebergange der Melancholie in ihre Endstadien tritt das klinisch beachtenswerthe Moment des unklaren, unverständlichen Eindruckes der ganz verändert angesehenen Aussenwelt in den Vordergrund der Erscheinungen; es kommt dann zu höchst charakteristischen Aeusserungen, wie sie im Krankheitsfall 1 mehrfach sich wiederfinden, die einer auch im Mienenspiel und Gesammtverhalten der Kranken erkenntlichen, in Unklarheit des Bewusstseins begründeten Verworrenheit entsprechen; ein Zustand, der nicht nothwendig zu Blödsinn führt, sondern mitunter — ähnlich wie im Processe der Manie — die Heilung einleitet.

Als ganz bestimmte Abänderung der Stimmung zeigt sich in vielen Fällen eine angstvolle Aufregung — entweder direct organischen Ursprunges (als Ausdruck visceraler Neurosen) — oder häufiger resultirend aus den später zu erörternden krankhaften Vorstellungen und Hallucinationen. (In vielen Fällen erscheint übrigens die Angst als eine ganz selbständige, nicht selten sogar periodisch wiederkehrende Form psychischer Alienation.)

Indem die traurige Verstimmung der Melancholiker als erste Erscheinung das ganze Symptomenbild einleitet, mit fast unveränderter Intensität durch die ganze Krankheitsdauer sich erhält und mit einer gewissen Gesetzmässigkeit das ganze Hemisphärenleben beeinflusst, gewinnt sie die Bedeutung des Trägers des ganzen Krankheitsbildes; sie bildet den Ausgangspunkt für die richtige Beurtheilung ähnlicher Bilder.

Erfahrungsgemäss gehen der Entwicklung von Psychosen nicht selten durch kürzere oder längere Zeit Verstimmungen voran, die wohl als physiologischer Ausdruck für das Bewusstwerden wirklich krankhafter Vorgänge aufgefasst werden müssen und mit der in ähnlicher Weise zu deutenden hypochondrischen Stimmung mehr weniger sich decken. So leitet beispielsweise den Process der progressiven Paralyse nicht gar selten eine traurige Stimmung ein, für deren Zustandekommen offenbar das noch vorhandene Krankheitsgefühl ausschlaggebend ist, mit dessen Schwinden auch jene vollkommen erlischt.

Wenn wir von diesen *initialen Missstimmungen* absehen, so begegnen wir ausgesprochenen melancholischen Verstimmungen als wesentlicher oder Begleiterscheinung innerhalb der Mehrzahl der psychiatrischen Krankheitsformen.

Als durch eminente traurige Verstimmung der Melancholie ungemein ähnlich müssen wir vor Allem die sogenannten *melancholischen Stadien der zusammengesetzten Psychosen*, der Folie circulaire, erwähnen, jener besonderen Erkrankungsform, die eine weniger durch Symptomatik als Verlaufsweise berechtigte Sonderstellung einnimmt. Die ihr eigenen, in mehr weniger regelmässigem Turnus sich wiederholenden, viele Monate andauernden Stadien von Melancholie und Manie mit jeder von beiden folgenden Intervallen anscheinender Gesundheit, involviren eine Verlaufsart mit an sich schon fundamentalem Unterschiede gegenüber der Verlaufsart der Melancholie und Manie und erheischen nothwendig die Annahme einer anderen Grundlage.



Einen tieferen Einblick eben in diese verdanken wir Meynert *), indem er an der Hand physiologischer Thatsachen auf die schon erwähnte Wechselbeziehung zwischen Erregung des Gefässcentrum und der Hemisphärenthätigkeit aufmerksam machte und in Ernährungsstörungen respective Erschöpfungszuständen des Gefässcentrum die physiologische Grundlage jener circulären Formen erblickt, und zwar in der Art, dass das Gefässinnervationscentrum durch Erschöpfung in seiner contrahirenden Wirkung auf die Arterienmuskularis beeinträchtigt wird, woraus Arterienerweiterung und mit ihr maniakalische Erregung resultirt, während deren Andauer vermöge gesteigerter Zufuhr arteriellen Blutes auch zum Gefässcentrum in demselben Erholung zur Norm, ja über diese hinaus erfolgt, so dass einem Stadium von Gesundheit unmittelbar das melancholische Stadium als Resultat der durch Uebererregung bedingten Arterienenge und Gefässdruckerhöhung sich anschliesst.

Dieser pathologische cerebrale Zustand erzeugt, wie wir hier sehen, auch eine pathologische Stimmung, die rücksichtlich ihres Charakters als reine traurige Verstimmung in dem uns interessirenden Krankheitsstadium klinisch in prägnantester Weise hervortritt, so dass trotz der Verschiedenartigkeit der physiologischen Grundlage die Aehnlichkeit zwischen ihr und der Stimmung des Melancholikers eminent ist. Doch abgesehen von diesem an gewisse Stadien eines und desselben Krankheitsprocesses geknüpften Verlaufsmodus zeigen sich bei der klinischen Beobachtung einschlägiger Fälle immerhin beachtenswerthe Differenzen besonders betreffs der Intensität und Dauer; meist pflegt die Verstimmung mit ihrer Andauer gradatim zuzunehmen, so dass, wenn anfangs derartig Kranke ausser ihrer Traurigkeit und dem sie peinigenden Gefühle von Leistungsunfähigkeit keine auffallenden Krankheits-Symptome zeigen, gegen das Endverlaufsstück der betreffenden Verstimmung hin Hallucinationen und Wahn-Ideen mit dem Charakter der später zu schildernden melancholischen, ferner Neigung zu Selbstmord sich einstellen.

Nicht minder bemerkenswerth ist, dass innerhalb der wirklichen Krankheitsstadien des circulären Irreseins die herrschende Stimmung nicht selten von Tagen gegentheiliger Stimmung ganz unvermittelt unterbrochen wird, was während der eigentlichen Krankheitsdauer der Melancholie nie vorkommt; dass endlich ebenso unvermittelt der Abfall der jeweiligen krankhaften Stimmung mit allen Begleiterscheinungen in das anscheinende Genesungsstadium erfolgt gegenüber jenem successiven, durch interpolirte, immer länger, schliesslich continuirlich werdende Phasen sogenannter lucider Intervalle gekennzeichneten, nicht selten auch durch ein Stadium von Verworrenheit markirten Abfall der krankhaften Stimmung des Melancholikers.

Rücksichtlich ihrer Grundlage ähnlich zu deutende Verstimmungen, wie jene des circulären Irreseins finden wir in einer, wie dieses, selten vorkommenden Gruppe zusammengesetzter Psychosen, welche aus zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden Stadien von Melancholie und Manie sich combiniren. Auch hier fällt wohl die Vermittlerrolle dem Gefässcentrum zu, insofern an der jeder Melancholie anhaftenden Herabsetzung der Gesammternährung auch die Gefässcentren Antheil zu nehmen scheinen, so dass die damit verbundene Erschöpfung desselben einen lähmungsartigen Zustand in den Ringmuskeln der Gefässe nach sich zieht mit dem Effecte maniakalisch-tobsüchtiger Erregung,

*) Meynert: Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung der klinischen Psychiatrie. 1876. — Von den zusammengesetzten Psychosen. „Allgemeine medicinische Zeitung", Wien 1878.



durch welche der Uebergang zur Norm sich anbahnt. Es liegt in diesem Umstande ein sehr bedeutungsvolles Moment, das bei der Besprechung des Ausganges der einfachen Melancholie zur Erörterung kommen wird, indem wir bei der reinen Melancholie ein derartiges, die Genesung oder den Uebergang in die secundäre Form einleitendes Endstadium in der Regel vermissen.

Bei der äusserlichen Uebereinstimmung der klinischen Symptome mit jenen der reinen Melancholie kann im gegebenen Falle oft nur der Verlauf entscheidend für die Diagnose sein, insbesondere durch die nicht selten ungewöhnlich lange, selbst über Jahresfrist sich erstreckende Dauer der einzelnen Stadien; immerhin muss aber auch des in der Regel bezüglich der wachsenden Intensitätsabstufungen der Stimmung und ihrer Nebenerscheinungen den circulären Psychosen ähnlichen Verhaltens innerhalb dieser Formen besonders gedacht werden.

Die hohe Bedeutung der Verlaufsweise für die Diagnostik der Nervenkrankheiten überhaupt, der hier einschlägigen, in das Gewand melancholischer Stimmung gekleideten Psychosen insbesondere findet auch ihre Berechtigung in der Beurtheilung des sogenannten menstrualen Irreseins.

Diese nicht selten auch unter der Maske epileptoider Zustände auftretenden psychischen Störungen tragen im Wesentlichen den Charakter tobsüchtiger Erregungszustände oder melancholischer Hemmungszustände an sich; in vielen Fällen scheint das Moment allgemeiner, durch bedeutendere menstruale Blutverluste herbeigeführter Erschöpfung eine Hauptrolle zu spielen; doch darf mit Rücksicht auf den mehr minder strengen zeitlichen Zusammenfall der geistigen Störung mit der Menstruation der hiebei in Frage kommende Nerveneinfluss nicht ausser Acht gelassen werden, der erfahrungsgemäss an die menstrualen Vorgänge als ein das Hirnleben erregender Factor sich knüpft. (Vgl. L. Mayer: Die Beziehungen der krankhaften Zustände in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. 1870. — Krafft-Ebing: Das menstruale Irresein. Archiv für Psychiatrie, Bd. VIII.)

Die Verwandtschaft derartiger Krankheitsbilder mit den anfangs mitgetheilten der einfachen Melancholie wird aus nachstehendem Falle deutlich werden:

Eine am 9. November vorigen Jahres auf die psychiatrische Klinik des Krankenhauses aufgenommene 40 Jahre alte Magd, frei von hereditärer Anlage, war bis zu ihrem 21. Jahre, in welchem sie einen schweren Typhus überstand, ganz gesund; seit jener Zeit leidet sie häufig an Migräne; ihre sonst regelmässigen Menses gehen seit $1^1/_2$ Jahr mit enormen Blutverlusten einher, die seit einem halben Jahr wiederholt zu Ohnmachten führten. Vier Wochen vor ihrer Aufnahme musste sie wegen allgemeiner Schwäche ihren Dienst aufgeben; die Sorge um das Wohl und die Existenz ihrer 17jährigen mit Epilepsie behafteten Tochter machte sich anlässlich eines vor wenigen Tagen ihr gemachten Besuches mit besonderer Heftigkeit geltend; wegen der hieran sich schliessenden tiefen Depression wurde Patientin zur Aufnahme gebracht.

Sie zeigt zunächst sehr gedrückte Stimmung, bleibt ruhig — vor sich dahinbrütend — im Bette sitzen, spricht spontan nichts; auf Befragen äussert sie im Flüstertone und nicht ohne Verzögerung, sie sei eine grosse Verbrecherin, trage Schuld an dem Unglücke ihrer Familie. Sie wisse nicht anzugeben, wie sie zu dieser Annahme komme; seit drei Tagen leide sie an Schwindelerscheinungen, wobei sie sich Verschiedenes einbilde; sie habe so viele Familien unglücklich gemacht, wisse aber weiter nichts. Obwohl sie nichts gethan, glaube sie doch, dass sie eine Verbrecherin sei.



Ausser hochgradiger Anämie körperlich nichts Abnormes. Körpergewicht 45·4 Kilogramm. 10. November: In gleichem Grade gedrückte Stimmung mit einem unverkennbaren Grade motorischer Hemmung; verweigert die Nahrungsaufnahme, indem sie Appetitlosigkeit vorschützt. Nacht fast schlaflos. Aeussert: „Ich erkenne jetzt mein grässliches Unglück — was ich in meinem Leben Alles gethan und verbrochen habe", gibt keine weiteren Details.

11. November. Unverändertes Verhalten; erklärt: „Mein Gewissen lässt mich nicht schlafen; so hoch angestellte Personen mache ich unglücklich; ich war in Familien aufgenommen so gut wie das Kind im Hause und ich verdiene es nicht. Von früher Jugend auf habe ich nie an Gott gedacht und an Gott geglaubt und das ist ein grosser Fehltritt durch das ganze Leben."

Auf wiederholtes Eingehen spricht sie sich weiter dahin aus: „Als ich das erstemal zur Beichte ging, ich weiss selbst nicht recht, habe ich mich da vergessen und habe Christum den Herrn ausgespuckt; seitdem bin ich unglücklich; durch die ganze Welt wird das gehen; mein Gott! mein Gott! — ich glaube, es ist kaum möglich, kaum denkbar, dass ich auf Erden existiren kann; — ich kann nicht mehr zurück, ich muss gestehen; — mein Gott, es ist fürchterlich, was ich auf meinem Gewissen habe."

12. November. Gleich gehemmt; äussert über Befragen ähnliche Selbstanklagen, spricht Bedenken darüber aus, was mit ihr geschehen werde; glaubt, sie werde eingesperrt.

13. November. „Bringt den Gedanken nicht los, dass sie an all den Krankheiten Schuld sei, welche die Leute hier leiden müssen." Macht sich verschiedene Vorwürfe u. A.: sie habe als Kind mit 11 Jahren, in der Meinung, es seien Puppenflecke, Seide sich angeeignet und aus falscher Scham sie nicht mehr zurückgestellt; sie habe in sehr jungen Jahren ein Verhältniss eingegangen, was nicht hätte sein sollen; bildet sich ein, dass das ihre Unglückswege seien; während ihrer typhösen Erkrankung sei es ihr vorgekommen, als stünde der böse Feind mit einem Sündenbuch vor ihr; damals habe sie das Gelübde einer Wallfahrt geleistet, wegen dessen Nichterfüllung sie Gott nun verlassen habe.

14. November. Patientin fühlt sich — nachdem sie die Nacht gut geruht — wie plötzlich bedeutend wohler; sie spricht ganz fliessend, äussert sich vollkommen klar über den Inhalt ihrer Wahnvorstellungen; sie fühle, dass, was sie in ihrer Verzweiflung und Verzagtheit sich eingebildet, nur „Phantasien" waren, die jedes äusseren Grundes entbehren, deren Inhalt sie jetzt belächeln müsse; in der Verzweiflung seien ihr solche Gedanken gekommen, sie habe die ganze Welt unglücklich gemacht, Alles müsse zu Grunde gehen.

Patientin gewinnt von da ab rasch ihre gewohnte ruhig-heitere Stimmung, fängt an, sich zu beschäftigen; sie fühlt sich auch körperlich gekräftigter; nach der während der ersten Tage ihres Aufenthaltes wegen noch vorhandener menstrualer Blutung eingeleiteten Behandlung mit *extractum secalis* (ein Gramm pro die) wurden der Kranken Eisenpräparate verabreicht. Es machte sich keinerlei krankhafte Erscheinung mehr an ihr bemerkbar, so dass sie am 6. December 1878 geheilt entlassen werden konnte. Körpergewicht am Tage der Entlassung 46·3 Kilogramm.

Wenn ich in dem eben beschriebenen Falle auf das Moment der allgemeinen Erschöpfung das Hauptgewicht für seine genetische Beurtheilung legen möchte, so dürfte aus der Betrachtung des nachstehenden, in Kürze wiedergegebenen einschlägigen Krankheitsbildes die Bedeutung des menstrualen Vorganges für dasselbe augenfälliger sein.



Der Fall betrifft eine 43jährige Handarbeiterin, die vor zehn Jahren nach einem Blutsturz einen epileptiformen Anfall erlitt, dem zwei Jahre später ein ähnlicher folgte. Innerhalb der letzten Jahre, während welcher sie, an profusen Menstruationen leidend, von zahlreichen Schicksalsschlägen getroffen wurde, treten wiederholt, öfter in Pausen von mehreren Monaten, durch bestimmte Aurагefühle eingeleitete epileptiforme Anfälle auf, und zwar regelmässig nach Ablauf der Periode; dieser voran gehen dagegen mit gewisser Regelmässigkeit Zustände, die Patientin als „Unwohlsein" bezeichnet, Zustände von meist achttägiger Dauer, in welchen sich ihrer eine grundlose Verstimmung bemächtige mit Unfähigkeit zu allen Unternehmungen, begleitet mitunter von Hallucinationen und Angstgefühlen; nachträglich wisse sie sich darüber nur wenig Rechenschaft zu geben, es sei ihr oft, als habe sie nur geträumt; ihre Erinnerung daran sei nur eine dunkle.

Während eines derartigen Zustandes hier beobachtet, zeigt die congestionirt aussehende, übrigens kräftig gebaute, gut genährte Kranke sehr gedrücktes, angstvolles Wesen; sie ruft jammernd aus: „O mein Gott, was geschieht denn mit mir — ach mein Gott, meine Kinder! — ich war ja nirgends — ich weiss ja nichts — in einem solchen Hause, im Gerichtshause — mein Gott ich hab' ja nichts angestellt — mein Gott, die Schande, ich kenn' mich ja vor Schand' nicht aus; ich muss so herumlaufen, man verfolgt mich so — o Gott — o Gott! Die Herren wissen ja, was ich gethan hab', dass ich einige Cigaretten gemacht habe; ich hab' es nicht gewusst, dass es nicht sein sollte; wenn man mich deshalb verfolgt, muss ich mir einen Vorwurf machen, ach mein Gott — wenn man mir verzeihen möchte. Ich weiss nicht, warum man mich sonst so verfolgen sollte; ich hab' ja nichts entwendet, nichts angestellt." Warum man sie hergebracht, wisse sie nicht; sie sei noch ganz verloren; Tags vorher habe sie heftige Angst empfunden, da sie eine Menge Leute um sich bemerkte, in ihrem Koffer Jemanden verborgen wähnte; fürchtete, erschossen zu werden.

Ihre gedrückte Stimmung, zurückgezogenes, schweigsames Verhalten, zeitweises Seufzen und Händeringen, wiederholte Rufe: „Ach Gott, die Schande! — ich bin unglücklich — ich weiss ja gar nicht, wo ich bin — ich bin ganz vernichtet", erhalten sich ohne erhebliche Schwankungen durch volle sechs Tage, worauf ziemlich unvermittelt alle krankhaften Erscheinungen schwinden und unter angewandter Bromkaliumtherapie auch nicht mehr sich zeigten.

Neben der kurzen Dauer dieser, in ihrem Wesen als krankhaft zu deutenden Stimmung und dem raschen Abfall derselben, wie aus der Betrachtung der beiden angeführten Fälle hervorgeht, muss zum Verständniss des letzteren noch auf eine pathogenetische Seite hingewiesen werden, auf den unverkennbar vorhandenen epileptischen Status, nach welchem den hier geschilderten, in periodischer Wiederkehr sich folgenden, acut verlaufenden, mit Trübung des Bewusstseins einhergehenden Zuständen der Charakter epileptischer Zustände gewahrt werden muss.

Wir sehen also auch hier, wie in ihrem Wesen ganz verschiedene Processe ein klinisch verwandtes Aussenbild zu geben im Stande sind, wie das Cardinalsymptom der traurigen Verstimmung als Begleiterscheinung verschiedener krankhafter cerebraler Vorgänge bald mit grösserer, bald mit geringerer Nothwendigkeit in Erscheinung tritt; und wenn es sich hier vorzugsweise um Erkrankungen mit kaum merkbaren anatomischen Veränderungen handelt, so muss andererseits auch das, wenn auch seltene Vorkommen melancholischer Verstimmungen



im Verlaufe von Processen mit palpablen, anatomischen Störungen (Tumoren) zur Ergänzung unserer Darstellung betont werden; die Bedingungen freilich, unter denen dies geschieht, liegen hier nicht immer so klar zu Tage. — Dass vorwiegend die Verlaufsweise den differenzirenden Standpunkt für die Beziehung der jeweils vorhandenen krankhaften Stimmung auf den zu Grunde liegenden Process abgibt, kann nach den bisherigen Erörterungen keinem Zweifel mehr unterliegen.

Streng genommen würden jene Psychosen, innerhalb deren eine traurige Stimmung als nachweisbar physiologische in dem bereits Eingangs erörterten Sinne auftritt, nicht in den Rahmen unserer Bemerkungen einzubeziehen sein; bei dem bekannten Umstande jedoch, dass die Grenzen zwischen normaler und krankhafter Stimmung an sich unsichere sind, erscheint es geboten, darauf hier zurückzukommen.

Es wurde bereits erwähnt, wie auf indirectem Wege — namentlich durch intensive Vorstellungen — bald fördernd, bald hemmend der Gedankenablauf beeinflusst, die Stimmung hiedurch modificirt wird; zu derlei intensiven Vorstellungen müssen wir zweifelsohne die Wahn-Ideen der sogenannten deprimirt Verrückten zählen. Ein Blick auf den Entwicklungsgang der primären Verrücktheit lässt mehrfache Momente erkennen, die vollkommen geeignet sind, den depressiven Charakter der Stimmung solcher Kranken zu erklären.

Wir können hier füglich absehen von der dem Beginne der primären Vesanie in der Regel anhaftenden Missstimmung, welche aus der Wahrnehmung verschiedener krankhafter Empfindungen, hallucinatorischer Eindrücke im weitesten Sinne abzuleiten ist, eben als Ausdruck eines allgemeinen, unbestimmten Krankheitsgefühls. Mit dem Hervortreten der die Psychose charakterisirenden Wahn-Ideen, des aus jenen abzuleitenden Beobachtungs- und Verfolgungswahns, gewinnen die Denk- und Schlussacte allmälig eine ganz andere Basis. Die falsche Annahme der Realität des Wahnes ändert das Verhältniss des Kranken zur Aussenwelt, in die er die Ursache der feindseligen Beeinflussung versetzt; naturgemäss bemächtigt sich seiner eine Stimmung, welche einen sonst Gesunden erfassen würde, der „Unrecht leidet".

Begreiflicherweise werden nicht allein nach dem Inhalt des betreffenden Wahnes, sondern gewiss auch nach der individuell verschiedenartigen Reaction auf derlei Einwirkungen die mannigfachsten Abstufungen der Stimmung sich ergeben ohne nothwendig pathologischen Charakter.

Unter gewissen Verhältnissen, die zum Theil in angeborener oder erworbener Widerstandsunfähigkeit, zum Theil in einer unter Fortwirkung des verstimmenden Momentes sich entwickelnden allgemeinen Ernährungsstörung gegeben sein können, wird der allmälige Uebergang der physiologischen in eine krankhafte Stimmung ungemein begünstigt und können, wie sich zeigen wird, Krankheitsbilder daraus resultiren, die dem der Melancholie ungemein ähnlich sind; indess der eingehenden Diagnostik können keine besonderen Schwierigkeiten erwachsen; wenn schon in der Quelle der Verstimmung, in der ganzen Art ihrer Entwicklung, kurz in ihrem secundären Charakter ein wesentlicher Unterschied sich ergibt, so liefert der Vergleich mit den anderweitigen charakteristischen Symptomen der Melancholie, die nun zur Sprache kommen sollen, ausreichende differential-diagnostische Stützpunkte.

Unter diesen interessiren zunächst die den Vorstellungs- und Schlussapparat treffenden Störungen, welche nach zweifacher Richtung hin sich geltend machen, indem einerseits der Mechanismus desselben alterirt erscheint, insofern





die Gedankenbildung gehemmt, die Verkettung der Vorstellungen untereinander durch die Association zwar vorhanden ist, indess in einem Grade von Unbeweglichkeit, Starre, der ein leichtes Ansprechen nach allen Richtungen hin erschwert; andererseits kommt es fast in allen Fällen zu krankhaften Producten der so gestörten Vorstellungsthätigkeit, die in ihrem Wesen als auf die pathologische Grundlage der veränderten Stimmung rückzuführende Urtheilsverschiebungen gedeutet werden müssen.

Der Melancholiker — gebunden an einen höchst eintönigen, immer wiederkehrenden, durch andere Vorstellungen nicht zu verdrängenden Gedankengang, innerhalb dessen nur der Stimmung adäquate Ideen gebildet werden, äussert wenig; seine Antworten fliessen spärlich, oft mit bedeutender Verzögerung; zu dieser Gedankenhemmung gesellen sich als Erklärungsversuche der veränderten Stimmung, der psychischen Gebundenheit Wahnvorstellungen bestimmten Charakters, die Selbstanklage (Sünden-, Verbrecherwahn etc.) und der Kleinheitswahn; diese nehmen an sich und erweitert durch die nach dieser Richtung hin noch wirksame Schlussbildung, welche in ihren Consequenzen hie und da bis zu einem Verfolgungswahn führen kann, das ganze Vorstellungsleben gefangen und beeinflussen in ihrer durch gegentheilige Vorstellungen nicht gehinderten Wirksamkeit zum Theil das äussere Verhalten; Lebensüberdruss, Neigung zum Selbstmord, Nahrungsverweigerung finden in jenen am häufigsten ihren Grund.

Die fundamentale Wichtigkeit der Stimmung für das Verständniss der eben skizzirten Symptomenreihe kann nicht entgehen, wenn wir der Thatsache gedenken, wie sehr schon im physiologischen Leben das Gesammtverhalten des Einzelnen durch seine Stimmung influirt wird; „heitere" Tage bringen gesteigerte Arbeitslust, grössere Regsamkeit, Geselligkeit; der durch unangenehme Ereignisse, Sorgen etc. Verstimmte wird unzugänglicher, wortkarg, in sich gekehrt, er fühlt sich gehemmt, unfähig in seinem gewohnten Wirken — dies Alles in gradweisen Abstufungen nach der Intensität der Stimmung.

Ganz ähnlich verhält es sich für den Symptomencomplex der Melancholie. — Die durch Ernährungsstörung primär herbeigeführte intensive Stimmung nimmt den ganzen Schlussapparat des Kranken gefangen; hievon beherrscht, nimmt er nothwendig sein Ohnmachtsgefühl, seine Nichtigkeit wahr; er fühlt seine Leistungsunfähigkeit, sein Unvermögen, etwas zu schaffen, seinen Unwerth. Nur darauf beziehen sich die höchst charakteristischen Aeusserungen der Melancholiker, sie seien gar nichts nutz, fielen allen Anderen nur zur Last, seien gar keine Menschen, nur „ein Haufen Staub", verdienen gar nicht, dass Andere sich um sie kümmern, dass man ihnen etwas zu essen gebe; sie seien ganz verwerfliche Personen, die man hinauswerfen solle. In diesem Gefühle eigener Nichtigkeit, der Selbsterniedrigung, gewinnt nothwendig die Aussenwelt an Ueberschätzung; so halten die Melancholiker nicht selten Ihresgleichen für sehr noble Leute, in deren Gesellschaft sie selbst durchaus nicht passen, in Aerzten und fremden Personen erblicken sie oft genug sehr hochgestellte Persönlichkeiten, Majestäten, knien gelegentlich vor ihnen nieder und bitten um Verzeihung. Diese aus jenem Kleinheitswahn direct zu erklärende Ueberschätzung des Werthes anderer Personen macht sich in mannigfacher Weise bemerkbar; er gibt oft einen Grund ab zu der bekanntlich sehr häufig vorkommenden Nahrungsverweigerung der Melancholiker; „er verdiene nicht das Essen, die Kost sei viel zu nobel für ihn", pflegt eine stereotype Motivirung hiefür zu sein.



In der consequenten Weiterentwicklung seines nach dieser Richtung hin thätigen Gedankenganges gestaltet sich der Melancholiker aus seinem mit dem Gefühle der Nichtigkeit und Nichtswürdigkeit sich deckenden Kleinheitswahne eine Reihe weiterer Ideen, wesentlich mit dem Charakter der Selbstanklage.

Da all' seine Beziehungen zur Aussenwelt wie abgebrochen, seine Vorstellungen über den durch die Stimmung ihnen angewiesenen engen Kreis schwer hinausgehen, findet er immer wieder nur in sich, in seinem Dasein und Lebenslaufe die erklärenden Momente seiner Veränderung. So sehen wir, wie oft die geringfügigsten, nicht immer nothwendig incorrecten oder strafbaren Handlungen herangezogen werden, welche zum Ausgleich ihres Missverhältnisses zur Intensität der Stimmung als straf- und todeswürdige Verbrechen, als für die ganze Welt unheilvolle Schandthaten gedeutet werden. In einem der angeführten Krankheitsfälle knüpft sich an die Annahme eines die amtliche Stellung compromittirenden Actes jene des Verlustes derselben, des hiedurch selbstverschuldeten Unglücks der ganzen Familie; in einem anderen dient als Ausgangspunkt vermeintliche Unthätigkeit, unordentlicher Lebenswandel, welche Sünde nur durch grässlichen Martertod gesühnt werden könne; eine andere Kranke macht sich den unbegründeten Vorwurf, zu wenig gearbeitet, durch die hiedurch verdiente lebenslängliche Kerkerstrafe ihre Angehörigen in Schmach und Schande gebracht zu haben; wieder bei einer anderen sind es Rechenfehler, die sie und ihre Nächsten in unvermeidliches Unglück zum Selbstmord treiben müssten als Strafe für ihre eigene Gottvergessenheit.

Aus derartigen der Stimmung eben adäquaten Wahnvorstellungen geht bisweilen ein Verfolgungswahn hervor, zu dessen Entstehen nicht selten Illusionen und Hallucinationen wesentlich beitragen. Ein derartiger Wahn findet sich z. B. ausgesprochen in Fall 2, der eine Kranke betrifft, die aus Strafe wegen vermeintlicher Sündhaftigkeit sich von bösen Geistern gequält wähnt, deren Lärmen und Tosen sie deutlich zu vernehmen glaubt. Aehnliche Kranke sehen in nahenden Personen die Häscher, welche bestimmt sind, sie zum verdienten Galgen zu führen. Dieser in innigster Beziehung zu den für die Melancholie eben typischen Wahn-Ideen (Kleinheits-, Selbstbeschuldigungswahn) stehende, mit dem Wahne verdienter Strafe zusammenfallende Verfolgungswahn entbehrt vollkommen jener bereits angeführten Grundlage, die für den primären Verfolgungswahn der Verrückten so charakteristisch sind; die grundverschiedene Entwicklung gibt hier das wesentlichste unterscheidende Moment ab. Es muss hier noch einer Art von Wahn-Ideen gedacht werden, denen wir im Verlauf der Melancholie hie und da begegnen, der hypochondrischen Wahn-Ideen (vgl. Fall 1 und 4); sie scheinen weniger diagnostisch als vielmehr prognostisch beachtenswerth, insoferne sie am Uebergang des melancholischen Processes in die secundäre Krankheitsform — wohl als Ausdruck des tieferen Ergriffenseins des Gesammtnervensystems — aufzutreten pflegen.

Ausser den hiemit gekennzeichneten Wahn-Ideen sind es — wie bereits angedeutet — nicht selten Illusionen und Hallucinationen, unter deren Einfluss die Vorstellungsthätigkeit der Melancholiker leidet. Was erstere betrifft, müssen wir in ihnen zweifelsohne das Ergebniss des veränderten Eindruckes erblicken, den die Aussenwelt auf sie macht; die im Ganzen selten vorkommenden Hallucinationen pflegen in den Anfangsstadien der Melancholie zu fehlen; beide bieten für den vorhandenen Process nichts Bezeichnendes ausser etwa ihrer dem depressiven Charakter des Leidens angepassten Färbung.

Wenn wir nun rücksichtlich der eben geschilderten krankhaften Veränderungen innerhalb der Vorstellungssphäre, welche sich als Hemmung, Eintönigkeit des Gedankenganges, als bestimmt gefärbte Wahn-Ideen erkennen liessen, einen vergleichenden Rückblick werfen auf jene der Stimmung nach der Melancholie verwandte Formen, so leuchtet a priori ein, dass innerhalb all jener Processe, für die wir die krankhaft traurige Stimmung geltend gemacht, bei entsprechender Intensität dieser sich gelegentlich jene Abweichungen finden. Was speciell die zusammengesetzten Psychosen betrifft, zeigen sich diese Erscheinungen oft nur angedeutet und gedeiht die psychische Hemmung selten zu dem Grade, wie er der Melancholie constant zukommt. In vielen Fällen kommt es gar nicht oder erst in den späteren Abschnitten der einzelnen melancholischen Stadien zur Bildung von Wahn-Ideen; überdies kommt der Kleinheitswahn selbst kaum je in so grellen Gegensätzen zum Ausdruck, wie wir bei der Melancholie gesehen, sondern pflegt meist innerhalb gewisser realer Grenzen sich zu erhalten mit dem Anscheine einiger Berechtigung, indem derartige Kranke zumeist aus den sie umgebenden Verhältnissen das Materiale für ihre Wahnvorstellungen sammeln und ihrer Verstimmung entsprechend gestalten.

Zur Ergänzung der Differentialdiagnose zwischen Melancholie und Verrücktheit mit depressiver Stimmung muss hier nochmals auf deren Entwicklung als den Angelpunkt für das richtige Verständniss hingewiesen werden. Wie wir aus rein psychologischen Gründen für die Melancholie den Kleinheitswahn, den Wahn der Selbstanklage als ihr streng zugehörig bezeichnen mussten, so verhält es sich auch mit dem Verfolgungswahn der Verrückten; und wie innerhalb der Melancholie hie und da ein Verfolgungswahn, dessen rein secundäre Natur bereits gekennzeichnet wurde, zum Ausdruck kommt, ebenso gibt es zweifellos einzelne Fälle von Verrücktheit, worin der vorhandene Verfolgungswahn in analoger Weise nachträglich mit Selbstanklagen sich verknüpfen kann, die indess nie mit solch' innerer Ueberzeugung, im Gegentheil meist irgendwie beschönigt, auch nie so weitgreifend zur Aeusserung gelangen, wie dies seitens der Melancholiker geschieht. Nachfolgendes Beispiel möge hiefür als Beleg dienen.

F. M. — eine 40jährige Beamtensgattin — im Juli vorigen Jahres der psychiatrischen Klinik zugeführt, zeigt dem bezüglichen Aufnahmsdocumente zufolge seit einem Jahre nach einer Entbindung angeblich im Zusammenhang mit übermässiger Romanlectüre und Eifersuchtsscenen hochgradige, zeitweise bis zur Tobsucht ansteigende Gemüthsaufregung.

Bei der Aufnahme erklärt die etwas anämische Kranke, sie sei aus Irrthum hieher gebracht worden, indem man sie — was zu ihrem Unglücke nicht der Fall sei — für geisteskrank halte; ihr Leiden bestehe thatsächlich in einer Seelenkrankheit, von der sie in Ewigkeit nicht werde frei werden.

In eintöniger Weise — oft aufseufzend — berichtet sie über den Hergang derselben; seit einem Jahre sei sie aus Strafe, dass sie ihre Mutter — die wohl eine sehr sekante Person gewesen — von sich weggeschickt, nach deren bald erfolgtem Ableben vom bösen Geiste ergriffen; derselbe presse ihr die Seele zusammen, mitunter fahre er durch ihre Glieder, wodurch sie in heftiges Zittern gerathe, bisweilen steige er gegen den Kopf, verdrehe ihr unter grossen Qualen das Gehirn, verursache ihr Centnerschwere im Kopf, so dass derselbe — wenn sie sich zu Bett lege — tief ins Polster hineingezogen werde. Während er in ihr untastbar sei, fühle sie ihn Nachts leibhaftig neben



sich; dann fasse er sie gewaltsam an, reisse ihr den Kopf hin und her, hebe sie aus dem Bette, werfe sie wieder zurück; bei geschlossenen Lidern sehe sie denselben — eine schwarze, ekelhafte Fratze mit scharfen Krallen und Gebiss. Eine Hilfe — etwa durch Gebet etc. — sei ganz unmöglich, da der Teufel sie hieran stets hindere; einem göttlichen Befehle — sie müsse sich tödten — habe sie nach Ankauf eines Rasirmessers nachkommen wollen, sei aber an der Ausführung verhindert worden; so sei sie denn, da sie an der Gottheit und der Hölle verzweifelt, für ewig verdammt zu ewigen Feuerqualen.

Unter dem Eindrucke anscheinend peinvoller Seelenangst verharrt die Kranke während der ganzen Dauer ihres hiesigen Aufenthaltes; sie zeigt hiebei keinerlei Hemmungszustände: auch ihre Stimmung erscheint keineswegs adäquat der Qualität und Summe jener qualvollen Beeinflussungen und der Schwere einer ewigen Verdammniss. Mit ernster Resignation scheint sie sich in ihre Lage hineingefunden zu haben und verwahrt sich gegen eine etwaige Zumuthung, als ob sie — wie ein albernes Kind — etwa nur affectire; ihre ausgesprochene Ueberzeugung findet übrigens in ihrem ganzen Benehmen und Gebahren ein höchst charakteristisches Relief. Sich zurückziehend von ihren Mitpatientinnen — den Gerechten, mit denen sie als Verdammte nicht verkehren dürfe — geht sie mit geschlossenen Augen hin und her; sie könne und dürfe das Glück der Anderen nicht schauen, dürfe auch, obwohl schon todtmatt, sich nicht setzen, zumal sie die Unruhe und Seelenqual daran hindern. Oftmaliges schweres Aufathmen, Stöhnen und Seufzen sei die Folge nicht etwa eingebildeter, sondern thatsächlicher Pressung der Seele durch den bösen Geist; von dem künstlichen Gebisse, das sie früher anstandslos getragen, könne sie jetzt keinen Gebrauch mehr machen, da der Satan fortwährend daran herumreisse; allerlei auffallende Handlungen müsse sie strafweise vollführen, so z. B. sehr viel schnupfen, weil sie der Mutter den Schnupftabak „geneidet", Haare sich ausreissen, weil sie sich geweigert habe, der Mutter den Kopf zu reinigen; als Nahrung nimmt die Kranke nur Kaffee und Milch — aus Strafe, dass sie der Mutter diese Getränke entzogen; wolle sie auch etwas Anderes essen, so werde sie vom Teufel durch Zusammenschnüren der Kehle hieran gehindert; weil sie ihrer Mutter zu wenig Geld zur Verfügung gestellt, stopfe ihr jetzt der Teufel oft den Mund mit Geld und Banknoten voll.

Das Gefühl dieser Veränderung, die mit ihr vorgegangen, ihre Ausnahmsstellung den Anderen gegenüber drückt Patientin wiederholt auf das Bestimmteste aus und bot das ganze Krankheitsbild bis zur Entlassung der Kranken (4 Wochen nach der Aufnahme) keinerlei Veränderung.

Bei Betrachtung dieses Falles wird man gewahr, dass zunächst die Stimmung der Kranken nicht im Einklange steht mit den übrigen Krankheitssymptomen — namentlich dem Inhalte der Wahn-Ideen und der ihnen augenscheinlich zu Grunde liegenden krankhaften Sensationen; die Kranke äussert sich fliessend — ein differential-diagnostisch sehr beachtenswerthes Moment — zeigt auch in ihrem Verhalten keine Hemmung; die Wahn-Ideen, die ganze Aussenseite des Krankheitsbildes tragen unverkennbar den Charakter systematischer ungehemmter Bearbeitung, ein der Hysterie eigenes Gepräge an sich, wie überhaupt das Prävaliren des hysterischen Elementes durch die grosse Summe bezüglicher Empfindungen ganz besonders auffällt.

Es gibt indess, wie die klinische Beobachtung lehrt, immerhin Krankheitsfälle, wo durch Hinzutreten auffallenderer Hemmungserscheinungen zu dem





Krankheitsbilde der primären Vesanie der Differentialdiagnose nicht unerhebliche Schwierigkeiten erwachsen können.

Dies führt uns zur Besprechung einer noch für das Verständniss des melancholischen Processes wichtigen Symptomenreihe — der motorischen Hemmung. Die psychische Gebundenheit, der verlangsamte, erschwerte Gedankenablauf finden ein Analogon auch in der motorischen Sphäre; die Kranken sind unregsam, verändern spontan höchst selten ihre Lage, verlassen oft Tage und Wochen lang das Bett nicht; man sieht sie meist gesenkten Hauptes, die Hände im Schosse, regungs- und theilnahmslos sitzen, unzugänglich einer Beschäftigung, einer anhaltenden Thätigkeit; kaum bringen sie den Willen auf zur Befriedigung nothwendigster Bedürfnisse; Nahrungsverweigerung, Harnretention, Stuhlverhaltung sind vielfach darauf zurückzuführen. Erst wiederholtes Auffordern vermag sie aus ihrer Regungslosigkeit zu bringen; die nun intendirten Bewegungen indess wickeln sich oft ungemein langsam, energie- und kraftlos ab, so dass solche Kranke mit kaum vernehmbarer Stimme sprechen, langsam, wie schleichend sich fortbewegen, wohl auch Pausen darin eintreten lassen, zu keinem Entschluss gelangen — ein Zustand, der nicht allein in einem bei der vorhandenen Einengung des Vorstellungskreises erklärlichen Mangel an bewussten Bewegungsimpulsen und in deren Schwäche, sondern auch in erschwerter Leitung jener Impulse zu den entsprechenden motorischen Centren seine Begründung finden mag.

Wenn wir für die Mehrzahl der Fälle die motorische Gebundenheit allerdings mit mannigfachen graduellen Unterschieden als Regel aufstellen können, so gibt es immerhin auch Ausnahmsfälle, denen die angedeutete psychomotorische Hemmung mehr weniger vollständig zu fehlen scheint, Fälle, in denen melancholische Kranke von Unruhe und Angst hin und her getrieben, jene Hemmung gleichsam überwinden. Weniger sind es unbestimmte, etwa auf neuralgische Empfindungen basirte (Präcordialangst), als in Hallucinationen und Wahnvorstellungen höchst peinlichen Inhaltes begründete Angstzustände, die ganz eigenthümliche Krankheitsbilder von bestimmtem Gepräge liefern, die sogenannte agitirte Form der Melancholie, wovon in Nachstehendem ein Beispiel mitgetheilt werden möge.

Anfangs April 1876 wurde eine 49 Jahre alte Beamtensgattin auf die psychiatrische Klinik aufgenommen; nach anamnestischen Angaben kamen in ihrer Familie schwerere Nerven- oder Geistesstörungen nicht vor; wohl soll ihre Mutter nervös gewesen sein. Als Mädchen bleichsüchtig, überstand sie später nach dem Tode der Mutter einen schweren Typhus; zur Zeit der Menses litt sie häufig an Migräne; seit drei Vierteljahren stehe sie im Klimacterium. Immer soll sie einen Zug nervöser Gereiztheit, Leidenschaftlichkeit an den Tag gelegt haben.

Vor 6 Wochen, als ihr an der Mittelschule studirender Sohn, dem sie übertrieben zugethan war, ein Zeugniss mit schlechtem Calcul in einigen Nebenfächern nach Hause brachte, kränkte sie sich sehr, beklagte, dass er den heutigen gesteigerten Anforderungen nicht mehr entsprechen könne; in der Meinung, er habe alles früher Erlernte vergessen, wendet sie sich an den Lehrer mit der Bitte um Rückversetzung ihres Sohnes um einige Classen. Ihre Unruhe und Besorgniss steigerten sich; es bemächtigte sich ihrer der Gedanke, ihr Sohn habe den Eintritt in die Schule sich nur erschwindelt, hiedurch die ganze Schule geschändet, die Behörde werde die Angelegenheit bis zum Kaiser bringen, es stehen ihr schwere Strafen, Zuchthaus und Galgen bevor.



Die geringsten äusseren Vorkommnisse, z. B. das Vorüberfahren eines Wagens, brachte sie mit ihren angstvollen Vorstellungen in Zusammenhang; in letzter Zeit unternahm sie mehrmals ganz energische Selbstmordversuche.

Während ihres Spitalaufenthaltes bringt sie die bereits erwähnten Wahn-Ideen unverhohlen zum Ausdrucke; ihre Selbstmordversuche motivirt sie mit der Absicht der Verhinderung einer Strafe, die ihren Mann wegen ihrer eigenen Schwindeleien hätte treffen müssen.

Im Gespräche fällt an ihr auf eine allgemeine Unruhe und Erregtheit; ihre ziemlich hastig gesprochenen Worte werden nicht selten von Thränen unterbrochen; sie zittert am ganzen Körper.

Dieses angstvoll erregte Wesen blieb auch weiterhin im Vordergrunde der krankhaften Erscheinungen; Selbstbeschuldigungen des wiederholt angedeuteten Inhaltes, daran geknüpfte peinvolle Befürchtungen, unter Anderem: sie werde vors Criminal kommen, eines schrecklichen Todes sterben; mitunter auch Gehörshallucinationen, welche feindselige Angriffe gegen ihren Sohn zum Gegenstande hatten, kamen wiederholt zum Ausdruck.

Daneben entwickelt sie ein eigenthümlich geschäftiges Wesen, übertriebene Sorge für das Wohl ihrer Mitpatientinnen. In mehreren schriftlichen Aufzeichnungen, worin sie einiger Jener mit besonderer Verehrung gedenkt, spricht sie ihr Bedauern aus, dass man sie nicht einmal als Wärterin verwenden könne, dass mehrfache Indicien gegen sie vorliegen und sie hier rasch zu Grunde gehen müsse; an einer anderen Stelle schreibt sie ihrem Mann: „Ich muss noch längere Zeit in der Anstalt zubringen, wo ich schon die Freude habe, mich nützlich zu machen; ich stehe früh auf, kehre aus und die Schwerkranken besonders haben schon grosses Vertrauen zu mir — ich habe meine Mitpatienten zu gerne, um ihnen mit der lucullischen Kost meiner Verwandten den Mund wässrig zu machen — geht es so fort, avancire ich zur Inspectorin und erhalte meine Instructionen; mache meinen geliebten Aerzten und Hausherrschaft einen Besuch; sie haben bei Gott den Himmel an mir verdient; auch die Wärterinnen. Wegen E. (des Sohnes) sei unbesorgt; er soll es bei unseren verehrten Hausleuten, die kinderlos sind, wie das eigene Kind haben. — Eben kam wieder ein armes, krankes Weib; es ist viel Elend in der Welt!" —

In ihrer beständigen durch Angst gesteigerten Thätigkeit sucht sie häufig genug den krankhaften Eindruck ihres Gebahrens zu verwischen; so zeigt sie bisweilen ein erzwungenes Lächeln, spricht von Zufriedenheit und Wohlbefinden.

Für ihre gegen Ende der zehnwöchentlichen Beobachtung hervortretende hartnäckige Abstinenz gibt sie bald Mangel von Händen, Mund etc., bald wieder das dringendere Nahrungsbedürfniss der Anderen, ihre eigene Unwürdigkeit als Grund an.

Als bezeichnend für derlei Zustände muss die reactive Seite des Krankheitsprocesses aufgefasst werden, die sich entgegen dem gewöhnlichen Verhalten der Melancholiker in einem ganz anderen Gewande zeigt. Die dem melancholischen Processe eigene Grundstimmung, das Beherrschtsein von einer kleinen Gruppe von Vorstellungen peinlichen, quälenden Inhaltes, das Delirium der Selbstanklage, auch der Kleinheitswahn bleiben für die Natur des krankhaften Zustandes als eines melancholischen immer ausschlaggebend, übrigens wird man selbst innerhalb des bewegten Aussenbildes, das solche Kranke bieten, trotz des oft beständigen Vociferirens, des unsteten agitirten Wesens, eine Reichhaltigkeit der Production von Vorstellungen und Bewegungsäusserungen stets vermissen.



Wie für die Melancholia agitata das motorische Gesammtverhalten die geschilderten eigenthümlichen Abweichungen vom gewöhnlichen Typus durch grosse Verlaufsstrecken des krankhaften Processes zeigt, so können im Verlaufe jeder Melancholie mehr weniger heftige Emotionen vorkommen, gewaltsame, gegen die eigene Person oder nächste Umgebung gerichtete Handlungen. Wenn für letztere der zwingenden Macht von Wahnvorstellungen zumeist die Vermittlerrolle zufällt, so dass beispielsweise eine Mutter in dem Wahne selbst verschuldeten Unglückes sich entschliesst, mit der Hacke gegen die eigene Tochter loszugehen, um sie nicht den Folgen jenes Unglückes preiszugeben, so müssen wir auch in den Selbstmordversuchen der Melancholiker für die überwiegende Mehrzahl der Fälle die Endresultate logischen Denkens, des Erwägens der Vor- und Nachtheile für Sein oder Nichtsein erblicken.

Das Abhängigkeitsverhältniss des motorischen Gesammtverhaltens bei allen mit Verstimmung einhergehenden psychischen Störungen hat seine allgemeine Giltigkeit, wie wir es auch rücksichtlich der Vorstellungsthätigkeit kennen gelernt haben; auch hier kann das allgemeine Gesetz eines der jeweiligen Stimmung proportionalen Bewegungszuwachses oder -Verlustes hingestellt werden; dass sonach auch die secundär Verstimmten — die deprimirt Verrückten — Hemmungserscheinungen zeigen, die eben in der Mehrzahl der Fälle die Grenzen physiologischer Breite nicht überschreiten, ergibt sich hieraus von selbst; anders verhält sich die Sache in jenen Fällen — deren Zahl ist übrigens unbedeutend — in denen auffallende Symptome von Hemmung im Verlaufe primärer Vesanie sich ausbilden, die jenen der Melancholie ganz gleich kommen, sie vielleicht sogar an Intensität übertreffen, wie dies beispielsweise aus nachstehendem Falle hervorgehen dürfte:

E. S., eine 39jährige Handarbeiterin, eminent hydrocephalisch, angeblich hereditär nicht veranlagt, wurde October vorigen Jahres auf die Klinik aufgenommen; 4 Monate vorher wurde sie normal entbunden und stillte bis vor 14 Tagen selbst ihr Kind. Einige Tage vor der Aufnahme veränderte sich im Anschlusse an häusliche Zerwürfnisse ihre Stimmung; sie ringt die Hände, spricht nichts, kümmert sich nicht mehr um ihre gewohnten Verrichtungen. In diesem Status überbracht, fällt angstvolle, deprimirte Stimmung, ein gehemmtes, zugleich abwehrendes Verhalten unmittelbar an ihr auf; Patientin gibt keine Auskünfte, muss zur Nahrungsaufnahme gezwungen werden, bleibt mit mürrisch finsterer Miene auf einem Flecke sitzen; erst nach mehrwöchentlichem Aufenthalte, nach langem, eindringlichen Zureden bemerkt sie unter Anderem, zu Hause habe schon ihretwegen ein Durcheinander, ein Geschrei sich bemerkbar gemacht, das sie auch jetzt noch vernehme, dessen Quelle ihr aber unbekannt sei; sie habe sich gar nicht ausgekannt, schwer sei ihr geworden, ein Brennen auf der Brust, das sie verspürt, habe in ihr die Besorgniss schwerer Erkrankung erregt; sie denke, das sei Alles nicht gut, das seien wahrscheinlich „Geisteszeichen"; es sei ihr, als habe Jemand ihr all' das angethan, dass sie nichts reden, nichts zu sich nehmen solle; es gebe, wie man sagt, schlimme Leute, die im Stande wären, Einem so etwas anzuthun, ohne dass man sich dessen erwehren könnte.

Im November gegen Revers entlassen, wurde sie 6 Wochen später mit ganz denselben Erscheinungen wieder aufgenommen; sie lässt die Mehrzahl der an sie gerichteten Fragen unbeantwortet, äussert, sie habe ja nichts gethan, die Leute hätten ihr das immer angethan, dass sie habe immer auf einem Flecke stehen müssen, nichts habe reden sollen; es sei, als ob im Zimmer



etwas an ihrem Kopfe ziehe; offenbar gebe es Jemanden, der so etwas machen könne, Leute, die zu ihrem Unglück seien.

Die Kranke verhält sich vollkommen theilnahmslos, bleibt gesenkten Hauptes sitzen oder stehen; Versuchen, ihre Stellung zu verändern, setzt sie bedeutende Resistenz entgegen, geräth gelegentlich in Zorn, wehrt sich energisch und unter Schimpfworten. Ihr verdrossenes, mürrisches Wesen mit den erwähnten Begleiterscheinungen erhält sich bis zu ihrer Juni laufenden Jahres erfolgten Entlassung.

Man könnte bei der Betrachtung des Falles den Eindruck gewinnen, als hätte für den sonst usuellen Weiterbau des Wahnsystems bei Mangel intellectueller Tüchtigkeit (wofür in dem vorhandenen Hydrocephalus ein anatomisches Substrat gegeben wäre) die Reaction vorwiegend auf motorischem Gebiete in Form jener eigenthümlichen Resistenz sich geltend gemacht; der Einfluss etwa vorhandener Hallucinationen, insbesondere abnormer Muskelgefühle, auf derartige Zustände kann übrigens nach klinischen Erfahrungen nicht in Abrede gestellt werden.

Es kann wohl für den angeführten Fall keinem Zweifel unterliegen, dass wir es hier mit einer durch die unzweideutigen Angaben der Kranken selbst bestätigten directen Beeinflussung des Gesammtverhaltens durch Wahn-Ideen zu thun haben; doch muss immerhin zugegeben werden, dass es derartige Zustände gibt, welche wohl kaum in der Natur der Wahn-Ideen ausschliesslich ihre Erklärung finden und wenn wir hier insbesondere uns vergegenwärtigen, wie innerhalb physiologischer Grenzen eine andauernde Verstimmung nebst ähnlichen Hemmungserscheinungen auch eine mehr weniger tiefe Alteration der Gesammternährung herbeizuführen pflegt, so werden wir kaum fehl gehen, wenn wir für die Summe solcher Erscheinungen psychomotorischer Hemmung, stuporöser, kataleptischer Erscheinungen, innerhalb des Verlaufes derartiger Psychosen durch Art und Intensität der Vorstellungen vermittelte besondere Ernährungsstörungen verantwortlich machen. Ja es kann an sich die Möglichkeit, dass auf diesem Wege unter gewissen, bis nun nicht näher gekannten Verhältnissen geradezu eine Melancholie als solche innerhalb einer schon bestehenden Vesanie zur Entwicklung komme — die ursprüngliche Erkrankung complicirend oder verwischend — kaum in Abrede gestellt werden; eine ähnliche Combination primärer Erkrankungen findet sich thatsächlich in den mehrfach beschriebenen Fällen von während einer Vesanie sich ausbildender progressiver Paralyse; die Auffassung solcher Zustände als secundärer erscheint wohl einigermassen gerechtfertigt, insofern man immerhin in der vorangegangenen ein disponirendes Moment für die folgende Erkrankungsform erblicken kann.

Die Bedeutung des Entwicklungsganges und der Verlaufsweise der eben erwähnten, durch besondere Hemmung ausgezeichneten Krankheitsformen für die Diagnostik derselben ist nach den bisherigen Bemerkungen klar und erübrigt nur noch eines bestimmten Processes hier Erwähnung zu thun, der — was die Intensität der ihm eigenen Hemmungserscheinungen betrifft — mit jenem der Melancholie nicht nur gleichen Schritt hält, sondern selbe noch beiweitem überragt. Es gehören hieher jene als Melancholia attonita bezeichneten Zustände, in welchen nach einem kürzer oder länger andauernden maniakalisch - tobsüchtigen Erregungsstadium der diesem schon anhaftende Charakter von Hemmung immer augenfälliger in Erscheinung tritt, bis zu Graden vollständiger, mit wachsartiger Biegsamkeit der Extremitäten verbundener



Regungslosigkeit. Die klinische Aussenseite dieser „stuporösen" Zustände mag im Beginne jener der Manie, im vorgeschrittenen Stadium jener der Melancholie nicht unähnlich sein; doch abgesehen von der ganz eigenthümlichen Verlaufsweise, die sich mit dem durch Meynert's Untersuchungen aufgedeckten Vorgange von Hyperämie und zunehmender Exsudation vollkommen deckt — einem Vorgange, der auf seiner Höhe einer Ausschaltung der Hemisphärenthätigkeit, einer Enthirnung mehr weniger gleich zu setzen ist — abgesehen ferner von der dem Stadium der Attonität eigenen Stimmungslosigkeit, gibt, was den Charakter dieser Hemmung selbst im Vergleiche zu jener des Melancholikers anlangt, die selbst im Erregungsstadium schon angedeutete, später immer deutlicher ausgesprochene kataleptische Starre ein differential-diagnostisches Merkmal von eminenter Bedeutung ab.

Es zeigt sich somit, wie nach den verschiedensten Symptomenreihen hin zwischen zahlreichen, in ihren Grundlagen wesentlich von einander abweichenden Krankheitsformen vielfache Berührungspunkte sich ergeben und wie wir andererseits dennoch in der Lage sind, schon aus der Symptomenqualität, aus dem gegenseitigen Verhalten der Symptome zu einander, aus dem Vorhandensein einzelner, dem Abgange anderer etc. ein klinisch vollkommen berechtigtes und nothwendiges differenzirendes Verfahren einleiten zu können; es hat sich aber auch die alleinige Verwendung des rein symptomatologischen Standpunktes als keinesfalls ausreichend für eine erschöpfende Diagnostik erwiesen; vielmehr waren wir wiederholt gedrängt, auf die Verlaufsweise zum Zwecke der Differentialdiagnose zurückzukommen.

Es wurde bereits angedeutet, welch' weittragende Bedeutung für die Diagnostik der Nervenkrankheiten überhaupt — implicite der Geisteskrankheiten — der richtigen Erkenntniss ihrer Verlaufsweise zukommt und wie wir oft nur in der Würdigung dieser allein eine Hauptstütze für das diagnostische Verfahren gewinnen können; insofern erscheint auch eine kurze Zusammenfassung der aus der Betrachtung der Verlaufsweise der reinen Melancholie resultirenden Momente einigermassen geboten.

Nach den bisher gewonnenen Erfahrungen, die auch in den Eingangs mitgetheilten Krankheitsgeschichten ihre vollinhaltliche Bestätigung finden, müssen wir in der Melancholie einen Krankheitsprocess chronischen Verlaufes erblicken, wobei unter ziemlich gleichmässiger Fortdauer der Krankheitssymptome auf einer höheren oder niederen Intensitätsstufe durch eine Reihe von Monaten der Process zu seinen charakteristischen Endausgängen führt. Wie erwähnt, werden dieselben nicht selten durch ein Stadium von Verworrenheit eingeleitet, und es kommt, indem sogenannte lucide Intervalle von immer längerer Dauer in den Verlaufsgang sich einzuschalten pflegen, zur endlichen Heilung oder direct zur Entwicklung sogenannter secundärer Schwächezustände, die als Blödsinnsformen zunächst schon dadurch sich kundgeben, dass die anfangs von der herrschenden Stimmung getragenen Wahn-Ideen nun ohne jede motivirende Stimmung persistiren, abgesehen davon, dass oft rasch erhebliche Grade von Gedächtniss- und Urtheilsschwäche sich anschliessen.

Was die Frist anlangt, innerhalb welcher man eine Heilung mit einiger Berechtigung noch anhoffen darf, so ist es nach dem gegenwärtigen Stande klinischer Erfahrung mehr als wahrscheinlich, dass die in der Psychiatrie allgemein angenommene mittlere Dauer von sechs bis zwölf Monaten für die Heilbarkeit der Fälle im Allgemeinen die richtige ist; indess ist das hiefür verwendbare statistische Materiale ein viel zu geringes, um ein decidirtes Ur-



theil hierüber abgeben zu können; Gleiches muss auch erwähnt werden rücksichtlich des Procentverhältnisses von Ausgang in Heilung oder Blödsinn.

In einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen tritt schon während des melancholischen Processes oder relativ bald in seinen Folgezuständen der lethale Ausgang ein; die erfahrungsgemäss im Verlaufe des Processes regelmässig sich einstellende, schon im Beginne desselben keineswegs nothwendig vorhandene Herabsetzung der Gesammternährung und die hiedurch, sowie ohne Zweifel durch Einschränkung der organischen Functionen, in specie der Respiration, begünstigte Entwicklung von Tuberculose und universellem Marasmus stellen unter den Todesursachen das Hauptcontingent.

In einer von Herrn Professor Meynert mir gütigst zur Verfügung gestellten tabellarischen Uebersicht über Sectionsergebnisse von 60 Melancholischen findet sich als Todesursache Tuberculose 42mal, also in 70 Procent aller Fälle verzeichnet; für die übrigen participiren fast ausschliesslich die hypostatische Pneumonie, organische Herzfehler mit Nierendegeneration in ziemlich gleichen Antheilen.

Den Hirnbefund anlangend, zeigt diese Tabelle für 15 Procent aller Fälle Anämie des Gehirns als alleinige Veränderung, in ebensolcher Anzahl Anämie vergesellschaftet mit anderweitigen Veränderungen zumeist in den Meningen und den corticalen Antheilen der Hemisphären, die sich als Residuen vorangegangener hyperämischer Zustände deuten lassen; übrigens wurden solche — jüngeren Datums — in 10 Procent der Fälle constatirt. Als häufiges Sectionsergebnis hat sich Atrophie des Gehirns in Combination mit chronischem Hydrocephalus, nebstdem chronisches Oedem des Gehirns (in je 30 Procent der Fälle) herausgestellt.

Die Bedeutung dieser anatomischen Thatsachen für die Auffassung der Melancholie als eines eigenen Krankheitsprocesses kann nicht entgehen; wenn wir noch ergänzend hinzufügen das relative Ueberwiegen der niedrigeren Hirngewichte (so dass für jene 60 Melancholiker in 27 Fällen ein Gesammtgewicht von unter 1200 Gramm, in 19 Fällen zwischen 1200 und 1300, in 11 Fällen zwischen 1300 und 1400, in 3 Fällen ein Gewicht zwischen 1400 und 1500 Gramm sich ergab), wobei an den geringsten Zahlen insbesondere die rein anämischen, nicht gleichzeitig atrophischen Gehirne sich betheiligten, so kann wohl mit einiger Berechtigung ausgesprochen werden, dass vorwiegend die leichteren Gehirne für die melancholische Erkrankungsform zu disponiren scheinen.

Die mit vorausgegangenen Hyperämien sich deckenden Befunde, der relativ häufige Endausgang in Atrophie lassen mit allergrösster Wahrscheinlichkeit in der Melancholie das Resultat eines meist durch Hyperämien eingeleiteten, in schwereren, nach einer gewissen Andauer zu Atrophie führenden Ernährungsstörungen des Gehirns bestehenden Processes erkennen. Dass dieser Process nicht nothwendig zu Atrophie führt, ist durch die klinisch constatirte Thatsache der Heilung von Melancholie sichergestellt, indem es trotz der durch den oftmaligen Ausgang in Blödsinn begreiflichen Schwere des Processes immerhin zu einem Ausgleiche der Ernährungsstörungen innerhalb einer gewissen Zeit kommen kann. Es scheint Fälle zu geben — und einer der mitgetheilten, an bedeutenden menstrualen Blutverlust geknüpft, würde hieher zu beziehen sein — wo in relativ sehr kurzer Zeit der Gesammtcomplex melancholischer Erscheinungen schwindet, Fälle, die eben durch die Kürze, die Acuität ihres Verlaufes vom eigentlichen Processe der Melancholie sich unterscheiden; das



gelegentliche Uebergehen derartiger Fälle in Melancholien gewöhnlicher Dauer kann kaum bestritten werden und könnte man nicht mit Unrecht jene als Abortivformen von Melancholie bezeichnen.

Wenn wir uns endlich — nachdem wir die Verlaufsverhältnisse in Kürze gekennzeichnet — noch vergegenwärtigen gewisse aetiologische Verhältnisse, die der in Rede stehenden Krankheitsform eigen sind, die vorwiegende Betheiligung des jugendlichen Alters und des Senium (unter jenen 60 Melancholikern standen im Alter von 20 bis 30 Jahren 21, von 30 bis 40 Jahren 16, von 40 bis 50 Jahren 5, von 50 bis 60 Jahren 12, von 60 bis 70 Jahren 6), das Prävaliren des weiblichen Geschlechtes um das Doppelte gegenüber dem männlichen, die relative Seltenheit hereditärer, dagegen die Häufigkeit directer psychischer, meist geradezu an einzelne Begebenheiten sich anknüpfender Einflüsse, so finden sich hierin eine Reihe für die Differentialdiagnose belangreicher Momente eingeschlossen.

Es stellt sich somit die Melancholie dar als ein allseitig in sich abgeschlossener, bestimmt charakterisirter Krankheitsprocess, der eine klinisch vollkommen begründete Differentialdiagnose zulässt, insofern er insbesondere nach Symptomatologie und Verlaufsqualität constante Merkmale an sich trägt; durch sie unterscheidet sich die Melancholie ganz wesentlich von anderen, auch noch so ähnlichen Krankheitsformen und darf es nicht Wunder nehmen, wenn nach unserer, auf Basis vorliegender Gesichtspunkte getroffenen Abgrenzung der psychiatrischen Krankheitsformen die Melancholie zu den relativ seltenen Psychosen gehört, so dass beispielsweise von den auf der psychiatrischen Klinik des allgemeinen Krankenhauses beobachteten Geisteskranken durchschnittlich nur 4 bis 5 Procent der Melancholie zugezählt werden konnten.

Buchschau.

Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten von F. W. Hagen. Erlangen 1876, Eduard Besold.

„Die zählende Methode gibt niemals durch sich selbst die Ursache von irgend welchen Thatsachen an, aber ihre Resultate sind Anregung, nach Ursachen zu forschen oder unsere Ideen über die Ursachen zu berichtigen.

Die Statistik ist ein Hauptmittel für unsere Forschung der Krankheitsursachen, nicht die Hauptsache. Hauptsache ist, dass man zuerst die uns innewohnende Causalitäts-Idee in einer bestimmten Weise auf den Zusammenhang gewisser Erscheinungen angewendet hat. — Das Entdecken, das Aufblitzen einer Idee ist vielfach Sache des Zufalles, des Glückes; seine Wichtigkeit und Tragweite zu erkennen, erfordert schon Vorbildung und längere vorgängige Beschäftigung mit dem Gegenstande. Die Begründung aber endlich ist Sache unserer Anstrengung und unser Verdienst. Und nur, wenn der Forscher im Besitze aller durch den Fortschritt seiner Wissenschaft gebotenen Untersuchungs-Methoden ist, und alle Instrumente und Apparate, welche zu derselben gehören, zu benützen versteht, ist er im Stande, die Fragen, welche er an die Natur, seiner Idee entsprechend, zu stellen hat, auch zweckmässig zu stellen, d. h. die Umstände so anzuordnen, dass die Natur die Antwort unzweideutig geben muss."

Wir haben die Worte des nüchternen und geistvollen Forschers citirt, weil dadurch wohl am klarsten der Standpunkt gekennzeichnet wird, auf dem das Werk, welches er unter Mitwirkung der Hilfsärzte der Irrenanstalt in Erlangen aus deren Ergebnissen aufgebaut hat, ruht.

Er ist vor Allem für Zeitstatistik; aus einer Reihe von Jahren findet man leichter das für bestimmte Detailforschungen, welche über die gewöhnlichen Bewegungsverhältnisse hinausgehen, vergleichbare Materiale zusammen, als in Einem Jahre.

Kritisch durchforschend, was medicinische Statistik überhaupt und für die Psychiatrie insbesondere leisten soll, findet H. ihre Hauptaufgabe in der Aetiologie und Prognose. Im Allgemeinen kann man zwar die Krankheitsursachen nicht zum Gegenstande der numerischen Methode machen, es können eben nur gewisse zweifellose Verhältnisse, unter welchen Geisteskrankheiten überhaupt vorkommen, näher studirt werden, damit die äusseren Bedingungen genauer erkannt werden, unter welchen die sonstigen Ursachen ihre Wirksamkeit mehr minder leicht ausüben. In diesem beschränkteren Kreise ist Hagen auch für ätiologisch-statistische Studien.

Was die Gesammtdauer der Krankheit betrifft, so hält Verfasser grosse Zahlenmassen für deren Studium eher nachtheilig als vortheilhaft. Die Einzelfälle müssen studirt werden, und deren nicht zu viel, aber allseitig und aufmerksam. Hier kann H. das Gesetz noch nicht erkennen, er unterliess daher die Verwerthung der Zahlen in dieser Richtung und studirte nur deren Beziehungen zur Prognose.

Wir können uns mit der Beseitigung grosser Zahlen für die Gesammt-Krankheitsdauer überhaupt nicht ganz einverstanden erklären. Soweit bestimmte Krankheitsformen sich klar von einander abschliessen, kann die Statistik bestimmte verwerthbare Sätze aus grossen Zahlen ziehen, z. B. die mittlere Krankheitsdauer für Melancholie oder Manie gegenüber Heilung, Tod, Uebergang in Schwächeform; wo gemischte Formen oder Formengruppen zu betrachten sind, dort wird sie daraus nichts lehren. Es ist ja überhaupt für die numerische Methode klar, dass sie mit grossen Zahlen nur einfachen, klar von einander geschiedenen, deutlich begrenzten Verhältnissen gegenüber mit Erfolg operiren kann; combinirten, mehr verschlungenen oder vielfältigen Beziehungen gegenüber wird sie mit grossen Zahlen kein brauchbares Resultat zu Tage fördern, sondern nur Irrthum zeugen. Da muss das Studium der sorgfältig ausgewählten Einzelfälle zur Geltung kommen; darin muss jeder nüchterne Forscher dem geehrten Verfasser vollkommen beistimmen.

In dieser Art erwägt und beleuchtet Hagen die Aufgabe, die er sich gestellt hat. Um die Familiendisposition, sowie den Gesundheitszustand der aus der Anstalt entlassenen Kranken genauer studiren zu können, wendete sich die Anstalt an die Bezirks- und praktischen Aerzte mit detaillirten Fragen über die Erblichkeit oder die Familiendisposition, den Einfluss der Krankheit auf das spätere Leben der aus der Anstalt abgegangenen Kranken und erhielt in mehr als der Hälfte der Fälle, über welche gefragt wurde, mehr minder vollständige Antwort. Durch diesen Vorgang wurde eine Reihe von Aufschlüssen gewonnen, welche in gediegenster Weise verarbeitet sind.

Nach dieser kritischen Darlegung des Standpunktes des Autors und des Angestrebten bringt das Werk: 1. einen kurzen Ueberblick über die Geschichte der Anstalt; 2. Bewegungsverhältnisse im Allgemeinen, von den drei Anstaltsärzten gemeinschaftlich bearbeitet; 3. besondere Untersuchungen über Geschlecht, Lebensalter, Civilstand, von Hagen; 4. über Erblichkeitsverhältnisse, von Ullrich; 5. über Lungenschwindsucht bei Geisteskranken, von Hagen; 6. über Herzkrankheiten bei Geisteskranken, von Karrer; 7. Katamnese (Gesundheitsverhältnisse, Heiraten, Nachkommenschaft, Selbstmorde der Entlassenen), von Hagen.

Es verbietet uns der Raum, auf den interessanten und reichen Inhalt der Arbeit weiter einzugehen, die kein Fachmann, sei er Psychiater oder Medicinal-Statistiker ohne Befriedigung aus der Hand legen wird und aus welcher die Verwaltung so manche nutzbringende Anregung ziehen kann. Wir wollen nur den Satz noch bezüglich erblicher Disposition hervorheben, den Hagen im katamnestischen Theile aus seinem Materiale herauskrystallisirt, dass die Irrenanstalten die Vererbung psychischer Krankheiten beschränken, ein Satz, der wohl selbstverständlich, aber sonst viel zu wenig hervorgehoben wird; und weiter: dass die Vererbung psychischer Krankheit nicht so häufig und nicht so unbedingt stattfindet, als man nach dem sich aufdrängenden Eindrucke der positiven Fälle glauben sollte.

Wir empfehlen das mit sehr leserlichem, gutem Drucke ausgestattete Buch eingehender Würdigung. G.

Notizen.

Delirien nach Verschluss der Augen und in Dunkelzimmern. Hermann Schmidt-Rimpler theilt im „Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh.", IX. B., 2. Heft, nach einleitenden Bemerkungen, die sich auf die bisher bekannt gewordene Literatur über eine bestimmte, nach Katarakt-Operationen hie und da auftretende Form von



Delirien und deren kurze Charakteristik beziehen, zwei Fälle von analogen, in den Dunkelzimmern der Augenklinik ohne vorangegangene Operation beobachteten Delirien mit. Der eine der beiden Fälle betrifft eine 57jährige, mit iritis syphilitica behaftete Bauersfrau von schwächlichem Aussehen, bis zu ihrer Aufnahme stets nüchtern und geistesgesund. In ein Dunkelzimmer gebracht, in welchem eben noch grosse Gegenstände erkennbar waren, benahm sie sich schon am nächsten Tag unruhig und aufgeregt; in der folgenden Nacht sprach sie öfter laut, stand mehrere Male auf, ging auf den Gang, legte sich aber aus eigenem Antrieb wieder in's Bett. Tags darauf zeigte sie sich bei den Tagesvisiten ziemlich klar und gab richtige Antworten; Nachts verliess sie wieder ihr Bett, äussert, sie sei ganz irre im Zimmer, könne ihr Bett nicht wieder finden. Dahin zurückgebracht, wiederholte sie bald dieselbe Scene, nach kurzer Beruhigung wird sie lauter, spricht von Dieben, die ihr ihr Geld stehlen wollten, nimmt, um das zu verhindern, den Korb, in dem es sich befand, zu sich in's Bett. Bald verliess sie dasselbe wieder unter lauten Rufen: „Der Dieb! der Dieb! draussen ist ein Dieb!" — „es brennt! es brennt! Seht ihr nicht das Feuer in unserer Scheune!", schrie nach ihrem Manne, packte dabei ihr Bettzeug zusammen und wollte es zum Fenster hinauswerfen. Da letzteres verhängt und verschlossen war, schlug sie dagegen und rief dabei angstvoll: „macht die Fenster auf, wir verbrennen hier". Gegen Morgen trat etwas Beruhigung ein; über den von ihr gemachten Lärm zur Rede gestellt, vertheidigt sie die Realität ihrer Hallucinationen mit den Worten: „Der Herr Doctor hat das Feuer ja auch gesehen und noch mit dem Stock auf den brennenden Balken geschlagen", beharrt ferner dabei, ein grosser, schwarzer Mann habe sie bestehlen wollen. Im Verlauf des folgenden Vormittags erhielt sich noch ein Grad von Unruhe und Aufregung, Patientin stand öfters auf und rüttelte am Thürschloss, glaubt in der Ecke auf dem Stuhle ihren Mann sitzen zu sehen, murmelt unverständlich vor sich hin; ihre Hände sind in beständiger Bewegung auf der Bettdecke; ein Tremor an ihnen ist nicht wahrnehmbar. — Puls und Temperatur zeigen nichts Abnormes. — Nachmittags ist die Kranke erheblich klarer, ihre Antworten sind indess nicht immer zutreffend; es zeigt sich hierin, sowie in ihrem ganzen Thun und Lassen immerhin ein Grad von Verworrenheit. Wegen mangelnder Aufsicht an die Irrenanstalt abgegeben, bot die Kranke daselbst am Abend nicht viel mehr Auffälliges, war am nächsten Morgen ganz klar und ruhig; sie gab an, einen schweren Traum gehabt zu haben und erzählte, dass sie geglaubt habe, Feuer zu sehen. Nach einigen Tagen wurde sie als „nicht geisteskrank" entlassen. Im zweiten Falle, an einem 19jährigen, wegen doppelseitiger Iridochorioiditis auf die Augenklinik aufgenommenen, in's Dunkelzimmer gebrachten Ziegenhirten traten in ähnlicher Weise abendliche Unruhe, Selbstgespräche auf; er unterhält sich mit einem Manne wegen eines Ziegentausches, weiters glaubt er, die Leiche seiner Mutter zu sehen, fürchtet sich vor ihr und ruft nach seinem Bruder um Licht. Nachts steht er öfter auf, legt das Bettzeug zusammen; auf Befragen weiss er nicht, wo er sich befindet, erkennt seinen Arzt nicht etc. Nachdem den nächsten Morgen dieser Zustand fast unverändert fortbestand, wurde er im Laufe des Tages wieder vollkommen klar. Der Zustand wiederholte sich nicht mehr. Patient war gewohnt, regelmässig früh ein Glas Branntwein zu sich zu nehmen; doch behauptet er, nie dem Trunke ergeben gewesen zu sein; machte auch nicht den Eindruck eines Säufers; auch fehlte der charakteristische Tremor. Nachdem S. R. die Uebereinstimmung dieser Form von Delirien mit jenen nach Katarakt-Operationen, sowie die Thatsache des Vorwiegens von Gesichts-Hallucinationen in all' diesen Fällen hervorgehoben, welche Thatsache in dem häufigen Auftreten von Gehörs-Hallucinationen durch Einzelhaft eine Analogie findet, sucht er an der Hand physiologischer Erfahrungen der Ursache des Auftretens derartiger Delirien nahezukommen. Er lehnt sich hierbei an die Resultate der Untersuchungen Langendorff's (Archiv f. Anatomie und Physiologie. 1877; Heft IV und V, S. 435) über den Antheil, welcher äusseren Einflüssen, besonders den Licht- und Schallwirkungen bezüglich der dauernden Wirksamkeit der reflexhemmenden Centren zugewiesen werden kann. L. hat bekanntlich beobachtet, dass, wenn er Fröschen nach Exstirpation der Augäpfel und Auslöffeln der Paukenhöhlen die Rückenhaut mit dem befeuchteten Finger leise berührte, in überraschend kurzer Zeit nach jener Operation der Reflex des Quakens sich mit Regelmässigkeit auslösen liess, und dass dieser Reflex auch ohne Zerstörung der Paukenhöhle zu Stande kam. Nach diesen Versuchen bedürfen die jenen Reflex im gesunden Frosche hemmenden Centren augenscheinlich zu ihrer Wirksamkeit der äusseren Anregung durch die Sinne, insbesondere durch den Gesichtssinn; durch den Wegfall dieser wird das Zustandekommen der Reflexe begünstigt. In vergleichender Auseinandersetzung



führt Verfasser die Grunderscheinung der von ihm beschriebenen deliriösen Aufregungszustände — nämlich die Hallucinationen — als krankhafte, unter normalen Verhältnissen gehemmte Reflexe auf die Beseitigung der normalen, für gewöhnlich durch die Sinneseindrücke unterhaltenen Hemmung zurück und spricht seine Anschauung über jene Abart von Delirien in Folgendem aus: „Die plötzliche und längere Zeit dauernde Aufhebung des gewohnten Sehens, die Abhaltung des gewohnten Lichtreizes, der Ausschluss des für den Vorgang aller geistigen Processe so wichtigen Sehorgans veranlasst bei gewissen Individuen das Auftreten der Hallucinationen und der sich ihnen anschliessenden Delirien." Dem etwaigen Einwande, dass nicht alle Erblindeten oder in Dunkelräume Untergebrachten in dieser Form erkranken, begegnet V. nach der einen Seite mit dem Hinweise auf den meist langsamen Entwicklungsgang der Erblindung und der inzwischen sich geltend machenden feineren Ausbildung der anderen Sinne mit dem Effecte stärkerer Beeinflussung der Hemmungscentren; andererseits legt er mit Recht Gewicht auf eine in der Mehrzahl der Fälle durch Senium, durch anderweitige schwächende Einflüsse, Alkoholgenuss etc., gesetzte Disposition. F.

Beobachtungen über Schrumpfung und Sklerose des Ammonshorns bei Epilepsie. — Dr. Pfleger hat bezüglich des bekanntlich zuerst durch Meynert hervorgehobenen relativ häufigen Vorkommens von Atrophie und Sklerose des Ammonshorns bei Epileptikern ungefähr 300 Obductionsfälle der Versorgungsanstalt zu Ybbs untersucht und unter diesen 23mal Atrophie und Sklerose, 2mal Atrophie ohne Sklerose, zusammen 25mal bei Epileptikern, einmal beiderseitige Atrophie und Sklerose bei einer 49jährigen Paralytica, einmal beiderseitige Schrumpfung mit kaum merklicher Sklerose bei einer 78jährigen Hysterica gesehen. Uebereinstimmend mit den Angaben von Hemkes, wonach die erwähnten Veränderungen des Ammonshorns sich nur bei Epileptikern finde, welche vor dem 12. Lebensjahre erkrankt waren und im frühesten Kindesalter schwere Hirnerscheinungen geboten, fand auch Pfleger die Sklerose des Ammonshorns bei jenen Epileptikern vorwiegend, die bereits in der Kindheit erkrankt waren, und dass übrigens jene mit vollständigen, stärkeren und häufigeren Anfällen vorwaltend mit Atrophie und Sklerose des Ammonshorns behaftet waren. Was die Vertheilung derselben auf die beiden Gehirnhälften betrifft, so geht aus einer die in der Literatur vorfindlichen Fälle (Meynert, Holler, Snell, Hemkes und Pfleger) zusammenfassenden Tabelle hervor, dass unter 57 Fällen die Atrophie des Ammonshorns 22mal rechts, 23mal links, 12mal beiderseits sich vorfand. Das Verhältniss der Epileptiker mit Schrumpfung und Sklerose des Ammonshorns zu jenen ohne diesen Befund gestaltet sich nach dem in dieser Hinsicht verwerthbaren Materiale (Hemkes und Pfleger, 44 männliche, 33 weibliche Epileptiker) ungefähr so, dass bei etwas mehr als der Hälfte der Epileptiker ein oder beide Ammonshörner die erwähnten Veränderungen zeigen, während die Geschlechter in ziemlich gleichen Antheilen hieran participiren. Die Stellung dieser pathologischen Veränderungen zur Epilepsie selbst betreffend, glaubt Pfleger auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen die Vermuthung aussprechen zu müssen, dass eine Ernährungsstörung durch Aenderung in der Art und Weise der Circulation des Blutes während und nach dem epileptischen Anfalle bei eigenthümlicher Anordnung und Lage der Blutgefässe des Ammonshorns vorliege.
(Zeitschr. f. Psych., Bd. 36.)

Behandlung der Ohrenblutgeschwulst. Hearder behandelte dieselbe mittelst mit Canthariden versetztem Weinessig wonach keine Entstellung des Ohres rückblieb. In einem Falle, bei einer weiblichen Geisteskranken, bei welcher die Ohrenblutgeschwulst beiderseitig allmälig entstanden war, behandelt er das eine Ohr mittelst Einschnitt, das zweite mit Canthariden; bei letzterem blieb keine Deformität zurück.
(Ann. med.-psych. 1879.)

Geistesverwirrung nach Chloralhydrat. Mackenzie berichtet über vier Fälle. Eine 55jährige Frau, mit Herzfehler behaftet, gebrauchte das Mittel gegen Schlaflosigkeit. Sie bekam einen maniakalischen Anfall mit Gesichts-Illusionen und Gehörs-Hallucinationen. Eine zweite Kranke mit Herzklappenfehler bekam einen Zustand wie Rausch und darnach hysterische Krämpfe. Eine choreatische 60jährige Kranke wurde mit Chloralhydrat und Bromkali behandelt; sie wurde tobsüchtig. In einem vierten Falle war der Chloral abwechselnd verordnet und ausgesetzt, die Geistesverwirrung trat jedesmal blos nach dem Gebrauch des Mittels ein. (Ann. med.-psych. 1879.)

Herausgeber: **M. Gauster** und **Th. Meynert.** Verlag von **Toeplitz & Deuticke.**
K. k. Hofbuchdruckerei **Carl Fromme** in Wien.



Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung

von

Theodor Meynert.

(Fortsetzung.)

Der naheliegendste Zusammenhang mit der Grösse des Schädel-Innenraumes scheint wohl die Frage nach den Hydrocephalien herbeizuziehen. Zuckerkandl hat in den meisten Fällen die Angabe, dass die Schädel der Tabelle 1 hydrocephal seien, mit Angaben über Besonderheiten der Schädelform belegt. In 5 Fällen fehlt die nähere Charakterisirung.

Die erkennbar hydrocephalen Schädel machen 21 von 88, d. i. 23·8 % der männlichen Irrenschädel aus, 9 von 28, d. i. 32·1 % der weiblichen Irrenschädel und 3 von 11, d. i. 27·2 % der Irrenschädel aus, deren Geschlecht Zuckerkandl nicht bestimmte.

Der am Schädel erkennbare Hydrocephalus zeigte die folgenden Verhältnisse zur Grösse des Schädel-Innenraumes.

Tabelle IV.

Bei männlichen Irren entfielen			
auf Schädel von mehr als	1200 Cc.	40 %	Hydrocephalen,
„ „ „ „ „	1300 „	29·4 %	„
„ „ „ „ „	1400 „	28 %	„
„ „ „ „ „	1500 „	19·3 %	„
„ „ „ „ „	1600 „	15·3 %	„
Bei weiblichen Irren entfielen			
auf Schädel von mehr als	1200 Cc.	28·1 %	Hydrocephalen,
„ „ „ „ „	1300 „	25 %	„
„ „ „ „ „	1400 „	50 %	„
„ „ „ „ „	1500 „	50 %	„
„ „ „ „ „	1600 „	50 %	„

In Worte gefasst drücken diese Zahlen Folgendes aus: 1. Bei den Schädeln der männlichen Irren entfällt mehr Deformität durch Hydrocephalie auf die kleineren Schädelcapacitäten, und zwar vorzüglich auf die kleinsten unter 1300 Cc. 2. Bei den weiblichen Irren entfällt mehr Deformität durch Hydrocephalus auf die grössern Schädel-Capacitäten. Dieses bei Männern und Frauen entgegen-

gesetzte Verhältniss erscheint durch die Capacitäts-Unterschiede zwischen den normalen Männerschädeln und den normalen Frauenschädeln Welker's erklärbar. Aus Tabelle II dieses Aufsatzes pag. 28 ist ersichtlich, dass dem normalen Männerschädel 76,7 % über 1400 Cc. betragender Capacitäten zukommen, dass also zunächst mehr grössere Männerschädel unter den Normalschädeln zu erwarten sind. Dem widerspricht mindestens nicht, dass an den kleineren männlichen Irrenschädeln die grössere Zahl von Abnormitäten, beziehungsweise Kennzeichen der Hydrocephalie gefunden wurden.

Bei den normalen Frauenschädeln beträgt aber die Schädel-Capacität von mehr als 1400 Cc. nur eine Minorität von 36·8 %. Es sind also unter den normalen Frauenschädeln mehr kleinere Schädel vorauszusetzen. Dem widerspricht wieder keineswegs die Zugehörigkeit eines grösseren Antheils grosser Frauenschädel zu anomalen Bildungen, beziehungsweise der Befund hydrocephaler Kennzeichen an ihnen. Ein Sammler normaler Schädelbildungen würde, abgesehen vom selteneren Vorkommen der kleineren und der grösseren Schädel in Bezug auf Mann und Frau, auch beim Manne mehr kleinere Schädel, bei der Frau mehr grössere Schädel als pathologisch auszuscheiden haben.

Es ist nun zu berücksichtigen, dass die mehreren hydrocephalen Anomalien der grossen Weiberschädel zu der oben dargelegten grösseren Schädel-Capacität der Irrenschädel stimmt, dass aber die kleinere Zahl der weiblichen Irrenschädel im Material der vorliegenden Studien unsicherere Resultate verspricht, als die Zahl von 88 männlichen Irrenschädeln.

Bezüglich der Männerschädel aber erheben sich die berechtigten Fragen: 1. ob überhaupt alle Hydrocephalien ihren Ausdruck in den Kennzeichen abnormer Schädelformen finden müssen; und 2. ob nicht der grössere Schädel Bildungsverhältnissen günstiger ist, welche einen Hydrocephalus ohne derartige Kennzeichen im Gehirne bestehen lassen. Ist dies letztere der Fall, dann würde gerade wegen Entstehen des Irrsinns in einem Schädel die Wahrscheinlichkeit aufkommen, dass schon die grössere Schädel-Capacität an sich in vielen Fällen das morphologische Kennzeichen von Hydrocephalus sei, so dass schon dadurch nach einer wichtigen Richtung hin das Zusammengehen grösserer Schädel mit Irrsinn erklärbar wäre.

Schon das grössere Percent der hydrocephalen Kennzeichen an den Schädeln irrer Frauen (32 % gegen 21·8 % bei Männern) in den Befunden Zuckerkandl's spricht dafür, dass kleinere Schädel mehr Kennzeichen des Hydrocephalus tragen als grössere.

So weit die Kennzeichen, die in der Erweiterung des Schädelraumes durch Nahtknochen, ferner in den abnormen Knochenwölbungen des Stirnbeines, der Schläfenbeine und der Hinterhauptschuppe sich aussprechen, Compensationen des Schädelraumes für das in verschiedenen Richtungen durch den Hydrocephalus hervorgedrängte Gehirn sind, ist es klar, dass der kleinere Schädel mehr der Entwicklung solcher compensatorischer Ausbeugungen unterliegen wird, indem seine Wände einem stärkeren Andrängen des Gehirnes unterliegen. Die Schädelknochen wachsen von den Nahträndern aus, doch muss der Schädel, wenn sein Wachsthum mit dem des Gehirns still steht, nicht seine ganze mögliche Fxpansion erreicht haben. Eine unverhältnissmässige Grösse des Schädel-Inhaltes durch Hydrocephalus vermag aber diese Anlage seines Wachsthums nicht genügend zu steigern und bewirkt durch Spannung der Schädelkapsel Ausladungen der Schädelkapsel. Diese Spannung wirkt in ver-



schiedenen Fällen entweder mehr von der Umgebung des Vorderhornes aus auf das Stirnbein, oder von den Wänden des Hinterhornes auf das Hinterhauptsbein hervordrängend, endlich ebenso vom Unterhorn aus oder durch Verbreiterung des Ventriculus medius auf Hervorwölbung der Parieto-Temporalgegend.

Ein Schädel, dessen Entwicklung ein grösseres Knochenwachsthum von den Nahträndern aus ermöglicht, braucht aber solchen Spannungen seiner Oberfläche nicht passiv ausgesetzt zu sein und könnte auch bei abnorm vermehrtem Inhalt seine Knochenflächen entwickeln, ohne auffallend einen Hydrocephalus durch die äusserlichen Kennzeichen von Nahtknochen und Flächenverbiegungen zu verrathen.

Wenn man aber auch die letztere Annahme einschränken wollte, aus dem Grunde, weil das Wachsthum von Schädel und Gehirn schon in der Anlage in eine zu grosse Harmonie zu einander gesetzt wäre, so bliebe für die Voraussetzung, dass bestehender Hydrocephalus sich an den Wänden grösserer Schädel minder auspräge, als an den Wänden kleinerer Schädel, gerade die Thatsache grösserer Gehirne in grösseren Schädeln von ausschlaggebendem Belang. Denn eine grössere Gehirnmasse umgibt die hydrocephalischen Ventrikel mit einer dickeren Wandung, deren Aussenfläche nicht an einer so treuen Abformung der Ventrikel-Aufblähung die Schädelwand spannen kann, als die dünnere Wandung, mit welcher kleinere Gehirne ihre Kammern umgeben. Die Form der ausgedehnten Ventrikel wird weniger unmittelbar auf die Schädelwand wirken.

Dass hier auch die Entwicklungsweise des Hydrocephalus in Betracht kommt, ob etwa derselbe aus einem Processe, welcher auf das Dickenwachsthum der Kammerwände an sich ungünstig wirkt, hervorgegangen ist oder ohne solchen aus einer Secretionsvermehrung des Kammerwassers, ist selbstverständlich, und hierüber lässt sich aus den Schädelveränderungen nichts entnehmen.

Ferner ist der Zeitpunkt der Schädel-Entwicklung in das Auge zu fassen, der mit der Entwicklung des Hydrocephalus zusammenfiel. Die Wirkung auf die Schädelform wird eine desto weniger intensive sein, je dicker und unbiegsamer zu dieser Zeit bei noch fortbestehendem Randwachsthum die Knochen schon geworden sind. Die über die hydrocephale Bedeutung der grösseren Capacität der Irrenschädel oben im Allgemeinen hingestellten Fragen scheinen mir hiernach mit grosser Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

Dass Hydrocephalus auch ohne andere wesentliche äussere Kennzeichen als etwa die Schädelgrösse vorkomme, dafür spricht wohl auch das höhere Percent des Vorkommens von Hydrocephalie in den Gehirnen der Irren gegenüber den in der Tabelle I enthaltenen Angaben, welche am Schädel ein viel niedrigeres Percent berechnen lassen.

Wenn ich aus meinen Sections-Ergebnissen an den Leichen der Wiener Irrenanstalt die Hydrocephalie der Irren bei Ausschluss aller paralytischen Formen und Herderkrankungen berechne, weil diese einen spät erworbenen Hydrocephalus aus Gehirn-Atrophie herbeiführen, der hier nicht in Frage kommt, so ergibt sich Folgendes:

Unter 719 derart ausgewählten Gehirnen findet sich 306mal Hydrocephalus, demnach in 42·5 Percent der Fälle, während die 116 männlichen und weiblichen Irrenschädel 29·3 Percent ergaben. Hebe ich aber nur die 225 Fälle einfachen Blödsinns hervor, unter welchen sich die meisten Formen angeborner Hydrocephalie befinden, so beträgt der 102malige Befund von Hydrocephalie etwas mehr. Die paralytischen Formen ergaben eine viel grössere Zahl von Hydrocephalie, nämlich 88 Percente. Es scheint aus diesem Unterschied hervorzugehen, dass der später erworbene Hydrocephalus bei den Gehirnen nicht paralytischer Irrer nicht allzusehr ins Gewicht fällt.



Es kann wohl nicht ohne Interesse sein, wenn ich hier anführe, dass ein so rückhaltender Mann wie Rokitansky, dessen Aeusserungen über anatomische Dinge stets nur durch die reichste Anschauung angeregt waren, den Ausspruch machte, er halte auf den Bezug der Schädelgrösse zur Intelligenz nicht viel, weil die grossen Schädel am wesentlichsten mit mehr Wasser im Gehirne zusammenhängen.

Virchow theilte bekanntlich die Macrocephalen in Hydrocephalen und in Kephalonen. Es bleibt allerdings bei nicht hervorstechenden hydrocephalen Schädelformen für eine Zahl derselben der Begriff der Kephalonie auch für Virchow ein pathologischer, indem er in seiner Tabelle der abnormen Schädelformen die Kephalonen durch Gehirne charakterisirt, welche durch Hypertrophie der Neuroglia vergrössert sind.

Jene Kephalonie, welche mit normalen Gehirnen hervorragende Geistesfähigkeit verbindet, kann bei den Schädeln der Irren gewiss nur als eine unwesentliche Ausnahme angesehen werden.

Welker beurtheilt die normale Kephalonie nach dem Horizontalumfang und spricht sie den Schädeln von 540 und 550 mm. Horizontalumfang an aufwärts zu.

Als Ersatz der Kenntniss der Capacität eines Schädels dient der Horizontalumfang aber nicht, wenn gleich nach Welker bei Schädelreihen, welche nach dem Horizontalumfang stufenweise geordnet sind, bei je einer Mittelzahl aus 5 Schädeln die Capacität mit dem Horizontalumfang zugleich anwächst, wenn auch nicht gleichmässig.

Unser Interesse bezieht sich besonders vom klinischen Standpunkt immer auf den einzelnen Schädel. Da zeigt es sich aber, dass ein Capacitäts-Unterschied zwischen zwei Schädeln von 100 Cubikcentimetern noch gestattet, dass der um so viel grössere Schädel das kleinere Umfangsmass habe.

Dies ergibt sich schon aus Welker's Tabellen für die normalen Schädel.

Tabelle V.

Männer			Frauen		
Capacität	Horizontalumfang		Capacität	Horizontalumfang	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
+ 1200	498	505	+ 1100	483	493
+ 1300	495	523	+ 1200	485	507
+ 1400	505	536	+ 1300	491	524
+ 1500	518	543	+ 1400	510	526
			+ 1500	520	538

Ferner für die Irrenschädel vide Tab. I.

Männer			Frauen		
Capacität	Horizontalumfang		Capacität	Horizontalumfang	
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum
+ 1100	476	501	+ 1200	481	515
+ 1200	495	510	+ 1300	502	515
+ 1300	500	543	+ 1400	513	550
+ 1400	495	541	+ 1500	522	540
+ 1500	507	555			
+ 1600	522	550			

Diese allgemeine Uebersicht zeigt an, dass die Störungen des Parallelismus der Schädel-Capacität und des Schädel-Umfanges bei den Irren noch grösser sind, als bei den Schädeln normaler Men-



schen. Bei den Schädeln Welker's zeigt sowohl das Minimum als das Maximum des Horizontaldurchmessers für Schädelreihen von je 100 Cc. Capacitätsunterschied nach aufwärts ein ununterbrochenes Ansteigen. Bei den Irren kommt es vor, dass die Männerschädel von + 1400 Cc. Capacität im Minimum und Maximum des Horizontalumfanges kleiner sind, als die von + 1300 Cc. Capacität, und die von + 1600 Cc. in demselben Maximum kleiner, als die von + 1500 Capacität. Bei den irren Frauen steigen die Minima des Horizontalumfanges allerdings stufenweise an, bei den Maximis aber ergibt sich Gleichheit und Absinken des Horizontalumfanges gegenüber dem Anstieg der Capacität.

Diese grössere Irregularität der Irrenschädel dürfte daraus erklärbar sein, dass der Horizontalumfang zwar ein Ausdruck für den geraden und queren Durchmesser des Schädels zugleich ist, dass dagegen der Höhendurchmesser des Schädels in diesem Umfangsmasse gar keinen Ausdruck findet.

Es finden sich aber unter den Irrenschädeln mehr abgeflachte Schädel, deren kleinerer Höhendurchmesser bei gleichem Horizontalumfang die Capacität geringer macht und andererseits mehr Hochschädel, deren unverhältnissmässiger Höhendurchmesser mit einem kleineren Horizontalumfangsmass eine grössere Capacität verbindet. Hierüber finde ich mich, ausser den Resultaten, die sich aus der Tabelle I ziehen lassen, auch durch eine sehr reiche Anschauung lebender Irrer belehrt, da meine Klinik eine Zahl von ungefähr 1400 jährlichen Kranken-Aufnahmen umfasst. Ueber Schädelmessungen an Lebenden wird ein späterer Artikel dieser Zeitschrift handeln. Dort werden auch die von Bischoff gegebenen Anleitungen ihre Berücksichtigung finden.

Es wird sich finden, dass beide Extreme des Höhendurchmessers in Beziehung zur Hydrocephalie stehen, daher ich der Betrachtung der besonderen Schädelformen zunächst noch die Erörterung der Grösse und der Proportionen der drei aufeinander senkrechten Schädeldurchmesser vorangehen lasse.

Grössen und Verhältnisse der Schädeldurchmesser.

A. Grösse.

Die Messungen Welker's an normalen Schädeln ergeben als Maxima und Minima der drei Schädeldurchmesser:

Tabelle VI.

		Länge	Breite	Höhe
Bei Männern	min.	169	136	126
	max.	194	156	141
Bei Frauen	min.	163	121	110
	max.	189	146	138

Die Irrenschädel zeigen die folgenden Maxima und Minima.

		Länge	Breite	Höhe
Bei Männern	min.	164	120	103
	max.	196	159	152
Bei Frauen	min.	155	122	94
	max.	190	152	134

Man ersieht hieraus leicht, dass die Maxima und Minima der drei Durchmesser bei Irrenschädeln grössere Abstände von einander zeigen, als bei normalen Schädeln. Die Folgerung daraus auf Anomalien der Irrenschädel ergibt sich von selbst.



Die Herausrechnung Welker's von Mittelzahlen aus je 10 Schädeln, die nach dem Horizontalumfang abgestuft sind, unterlasse ich schon darum, weil ich in Tabelle I dieser Anordnung nicht gefolgt bin und weiterhin, weil Mittelzahlen um so weniger eine anschauliche Darstellung sind, je ungleichere Objecte dabei in eine Gruppe gebracht werden. Die Ungleichheit der Objecte ist aber bei den Irrenschädeln zweifellos grösser, als bei den normalen Schädeln.

Dagegen erschien es mir wichtig, aus den Welker'schen Messungen normaler Schädel einen Anhaltspunkt zu finden, welche Grössen der Durchmesser als klein, als mittelmässig und als gross zu bezeichnen sind.

Ich bin dabei so vorgegangen, dass ich mir aus den Grössen der Durchmesser aller drei Gruppen, in welche Welker jedesmal seine Männerschädel und Weiberschädel nach der Schädelgrösse untertheilt, eine mittlere Gruppe der Grössen jedes der drei Durchmesser zusammenstellte, welche ungefähr ein Drittel der gesammten Schädel umfasste. Diese Masse erschienen mir als mittelgrosse Durchmesser, die niedrigeren als kleine Durchmesser, die höheren Massgrössen als grosse Durchmesser. Ich konnte mich dabei um so mehr befriedigt fühlen, als die Abstufung der Durchmesser, wie sie Virchow in seiner Tabelle anormaler Schädel (Gesammelte Abhandlungen pag. 914) durch kleine, mittlere und grosse Zahlenlettern hervorhebt, ganz nahe mit meinen kleinen, mittleren und grossen Massen übereinkommen.

Ich bemerke zunächst, dass mit der Abstufung der Schädelgrössen, wie sie Welker nach dem Horizontalumfang ordnet, der Längsdurchmesser am meisten parallel geht, der Höhendurchmesser am wenigsten. Die kleinen Längsdurchmesser sind daher vorwiegend der ersten, die mittelgrossen der zweiten und die grossen der dritten Gruppe von je 10 Schädeln der Welker-schen Anordnung entnommen, während die grössten und die kleinsten Höhendurchmesser in allen drei Gruppen der Welker'schen Schädelgrössen vorkommen. Nach den Resultaten dieses Vorganges bezeichne ich bei den Männern die Längsdurchmesser bis zu 174 mm. als klein, die von 175 bis zu 180 mm. als mittelgross, die Durchmesser von 181 mm. aufwärts als gross; die Querdurchmesser bis zu 142 mm. als klein, die von 143 bis zu 148 mm. als mittelgross, die von 149 mm. aufwärts als gross; endlich die Höhendurchmesser bis zu 131 mm. als klein, die zwischen 132 und 135 mm. messenden als mittel, die über 135 als gross. Ich bezeichne bei den Frauen die Längsdurchmesser bis zu 171 mm. als klein, die zwischen 172 bis 178 mm. als mittelgross, die von 179 mm. aufwärts als gross, die Querdurchmesser bis zu 131 mm. als klein, die von 132 bis zu 137 mm. als mittelgross, die von 138 mm. aufwärts als gross, endlich die Höhendurchmesser bis zu 119 mm. als klein, die von 120 bis 126 mm. als mittelgross und die von 127 mm. aufwärts als gross. Für das percentische Vorkommen dieser Grössen an den Welker'schen Normalschädeln und an den Irrenschädeln Zuckerkandl's ergibt sich folgende Uebersicht:

Tabelle VII.

A. Welker's 30 normale Männerschädel.

Längsdurchmesser (L)	klein	6mal	= 20,0%
	mittelgross	10mal	= 33,3%
	gross	14mal	= 46,6%
Querdurchmesser (Q)	klein	11mal	= 36,6%
	mittelgross	11mal	= 36,6%
	gross	8mal	= 26,6%
Höhendurchmesser (A)	klein	11mal	= 36,6%
	mittelgross	10mal	= 33,3%
	gross	9mal	= 30,0%

B. Zuckerkandl's 88 männliche Irrenschädel.

Längsdurchmesser (L)	klein	27mal	= 30,6%
	mittelgross	23mal	= 26,1%
	gross	38mal	= 43,1%
Querdurchmesser (Q)	klein	41mal	= 46,5%
	mittelgross	30mal	= 34,0%
	gross	17mal	= 19,3%
Höhendurchmesser (A)	klein	54mal	= 61,3%
	mittelgross	25mal	= 28,4%
	gross	9mal	= 10,2%

C. Welker's 30 normale Frauenschädel.

Längsdurchmesser (L)	klein	10mal	= 33,3%
	mittelgross	10mal	= 33,3%
	gross	10mal	= 33,3%
Querdurchmesser (Q)	klein	11mal	= 36,6%
	mittelgross	10mal	= 33,3%
	gross	9mal	= 30,0%
Höhendurchmesser (A)	klein	8mal	= 26,6%
	mittelgross	13mal	= 43,3%
	gross	9mal	= 30,0%

D. Zuckerkandl's 28 weibliche Irrenschädel.

Längsdurchmesser (L)	klein	12mal	= 42,8%
	mittelgross	10mal	= 35,7%
	gross	6mal	= 21,4%
Querdurchmesser (Q)	klein	5mal	= 17,8%
	mittelgross	6mal	= 21,4%
	gross	17mal	= 60,7%
Höhendurchmesser*) (A)	klein	2mal	= 7,4%
	mittelgross	19mal	= 70,3%
	gross	6mal	= 22,2%

*) Der Höhendurchmesser ist auf Tab. I nur an 27 Frauenschädeln bestimmt.



Aus dieser Tabelle erhellt, dass die ausschlaggebenden 88 männlichen Irrenschädel gegenüber den normalen Männerschädeln durch zahlreicheres Vorkommen der kleinen und der mittelgrossen Durchmesser und durch einen geringeren Antheil von grossen Durchmessern überhaupt gekennzeichnet sind. Diese Unterschiede sind um so bemerkenswerther, als doch der Schädel-Innenraum der Irrenschädel grösser ist, als bei den normalen Schädeln. Knochenverdickungen würden nur den Horizontalumfang betreffen. Es zeigt sich also, dass die Grösse der Schädelhöhle in gewissen Grenzen von der Grösse der drei Durchmesser unabhängig ist. Es ist allerdings klar, dass neben dem Einfluss der Durchmesser zunächst der Grad von Ausbiegung der Schädelknochen für die Capacität von Belang ist, was zweifellos auch Unterschiede der Capacität normaler Schädel von gleichen Durchmessern veranlasst. Es ist aber die grössere Schädelcapacität bei dem kleineren Masse der Durchmesser bei den Irren mit um so mehr Berechtigung von grösserer Ausbiegung ihrer Schädelknochen, von dieser Ursache der Vergrösserung ihrer Oberflächen herzuleiten, als die Difformitäten durch den Hydrocephalus ja bekanntermassen im Hervorbauchen der oberen Stirngegend, der Schläfebeinschuppen, des Hinterhauptes, öfter auch in einem nicht durch Knochenleisten bedingten Vorspringen der Parietalknochen neben dem hinteren Theile der Pfeilnaht bestehen.

Es lässt sich dieser Auffassung schon im Allgemeinen nicht die Vermuthung entgegensetzen, dass die kleineren Durchmesser den kleineren Schädelcapacitäten entsprächen, weil die über dem Mittelmass stehenden männlichen Irrenschädel bezüglich der Capacität 44% aller männlichen Irrenschädel ausmachten, während das Percent der grossen Breitendurchmesser und der grossen Höhendurchmesser nur 19·3 und 10·2% ausmacht, also für die Breite nicht der Hälfte, für die Höhe nicht dem Viertel der grossen Männerschädel entspricht. Der gerade Durchmesser ist allerdings bei 43% der Schädel gross, aber, von der oben gewürdigten Differenz, von der noch öfteren grossen Länge bei den kleineren Normalschädeln abgesehen, müssten dann die grossen Irrenschädel eminent dolichocephaler sein, als die normalen Männerschädel, welche Voraussetzung sich pag. 164 nur in geringem Umfange als richtig erweist. Ausserdem hängt die Hälfte der Dolichocephalen nicht von grossen Längsdurchmessern ab.

Einen fasslichen Ueberblick bietet nun die folgende besondere Darstellung der kleinen, mittleren und grossen Durchmesser nach ihrer percentischen Vertheilung auf die Grössen der Schädel-Capacität.

Tabelle VIII.

Irre Männer.

Längsdurchmesser (L)

Schädel-Capacität	Zahl	klein	mittelgross	gross
— 1300 Cc.	7	88·8%	11·1%	0 %
+ 1300 „	17	47·5%	17·6%	35·2%
+ 1400 „	25	36 %	32 %	32 %
+ 1500 „	26	11·5%	38·4%	50 %
+ 1600 „	13	7·6%	7·6%	84·6%
	88			





Querdurchmesser (Q)

Schädel-Capacität	Zahl	klein	mittelgross	gross
— 1300 Cc.	7	88·8%	0 %	11·1%
+ 1300 „	17	52·9%	41·1%	5·9%
+ 1400 „	25	40 %	40 %	20 %
+ 1500 „	26	46·1%	34·6%	19·2%
+ 1600 „	13	38·4%	23 %	38·4%

Höhendurchmesser (A)

Schädel-Capacität	Zahl	klein	mittelgross	gross
— 1300 Cc.	7	100 %	0 %	0 %
+ 1300 „	17	82·3%	17·6%	0 %
+ 1400 „	25	64 %	32 %	4 %
+ 1500 „	26	42·3%	34·6%	23 %
+ 1600 „	13	38·4%	46·1%	18·3%

Irre Frauen.

Längsdurchmesser (L)

Schädel-Capacität	Zahl	klein	mittelgross	gross
— 1200 Cc.	2	100 %	0 %	0 %
+ 1200 „	14	42·8%	57·1%	0 %
+ 1300 „	4	50 %	25·0%	25·0%
+ 1400 „	4	0 %	50·0%	50·0%
+ 1500 „	2	0 %	0 %	100 %
+ 1600 „	2	0 %	50 %	50 %
	28			

Querdurchmesser (Q)

Schädel-Capacität	klein	mittelgross	gross
— 1200 Cc.	100 %	0 %	0 %
+ 1200 „	21·4%	42·8%	35·7%
+ 1300 „	0 %	0 %	100 %
+ 1400 „	0 %	0 %	100 %
+ 1500 „	0 %	0 %	100 %
+ 1600 „	0 %	0 %	100 %

Höhendurchmesser (A)

Schädel-Capacität	klein	mittelgross	gross
— 1200 Cc.	0 %	100 %	0 %
+ 1200 „	7·1%	78·5%	15·7%
+ 1300 „	0 %	50·0%	50·0%
+ 1400 „	25·0%	75·0%	0 %
+ 1600 „	0 %	50·0%	50·0%

Diese Tabelle ergibt für die Längsdurchmesser einen Parallelismus derselben mit der Schädel-Capacität. Mit Zunahme der Capacität fällt das Percent der kleinen Längsdurchmesser ab, beginnt das Vorkommen der grossen Längsdurchmesser, welche bis zur grössten Capacität ansteigt, während die mittelgrossen Durchmesser bei der grössten Capacität des Schädels wegen Zunahme der grossen Durchmesser wieder abfallen.

Dieser Parallelismus ist begreiflich, wenn man erstens sich vorhält, dass nach Tabelle VII auch bei den Normalschädeln der Längsdurchmesser mit der Schädelgrösse Schritt hält und zweitens, dass bei Hydrocephalus die Vergrösserung der Stirnbein-Oberfläche, sowie die Ausbauchung des Occiput jedesmal auf die Vergrösserung des Längsdurchmessers mit Einfluss nimmt.



Die Querdurchmesser zeigen kein paralleles Ansteigen mit der Schädel-Capacität und sind bei den Frauen überhaupt grösser als bei den Männern, und zwar schon bei der mittleren Schädel-Capacität der Frauen gross.

Die kleinen Querdurchmesser übertreffen bei den grossen Irrenschädeln der Männer von mehr als 1500 Cc. noch die grossen und mittleren Durchmesser und bleiben bei den grössten Schädeln von mehr als 1600 Cc. noch den grossen Durchmessern gleich.

Unter dem oben gewonnenen Gesichtspunkt, dass die überwiegende Grösse der Irrenschädel, welche die normalen Schädel übertreffen, mit kleineren Durchmessern als denen der normalen Schädel zusammenfällt, daher die Capacität bei den Irren mehr von der Ausbiegung der Knochenflächen abhängt, ist die Disproportionalität der Querdurchmesser bei den Irren vielleicht nicht unerklärbar. Der Welker'sche Querdurchmesser ist ein Querdurchmesser der Parietalgegend, aber nicht der grösste Durchmesser der Partialgegend. Er ist derjenige Querdurchmesser des Horizontalumfanges, welcher den Ohröffnungen des Schädels parallel liegt. Die grösste Ausbiegung der Parietalgegend fällt in Querdurchmesser, welche hinter die Ohröffnung fallen. Der Welker'sche Querdurchmesser, dessen Vortheil in seinen scharf bestimmten Endpunkten liegt, ist also auch kein Mass für die grösste Knochen-Ausbiegung der Scheitelgegend.

Der Querdurchmesser des Seitenwandbeines ist aber nicht unter allen Umständen ein Mass für die Vergrösserung des Querdurchmessers, welchen der Hydrocephalus bedingt. Die Vergrösserung des Querdurchmessers durch Hydrocephalus ist zumeist durch den Hydrocephalus des im Schläfelappen liegenden Unterhornes bedingt. Die Schuppennaht entspricht nach Bischoff der Sylvischen Spalte, so dass das Unterhorn nicht in den Bereich der Parietalgegend fällt. Zudem ist das Seitenwandbein der dickere Knochen, welcher der passiven Ausbiegung mehr Widerstand als die dünnere Schläfenschuppe entgegensetzt. Daher führt die Ausbiegung der Squama, wie unten gelegentlich der Platycephalen gezeigt wird, nicht nothwendig wegen des Zusammenhanges beider Knochen im *planum temporale* zu einer verhältnissmässigen Theilnahme des Seitenwandbeines an der temporalen Ausbiegung. Eine solche Theilnahme ist noch am ersten an kleineren Schädeln zu erwarten, in so weit sie, was nicht immer der Fall, zugleich dünnwandiger als die grösseren sind.

Aus alledem ist es nicht unerklärlich, dass der Querdurchmesser der Irrenschädel geringe Differenzen zwischen kleineren und grösseren Schädeln zeigt, nämlich einmal, weil er kein Mass für die auf Knochen-Ausbiegung begründete Oberfläche der grossen Schädel ist, das anderemal, weil kleinere (dünnere) Schädel seine Vergrösserung durch Hydrocephalus begünstigen.

Unter den letztern Gesichtspunkt fällt mit Wahrscheinlichkeit der grössere Querdurchmesser der Schädel weiblicher Irrer, nachdem der weibliche Schädel im Allgemeinen leichter, beziehungsweise dünner als der männliche ist.

Auch darum könnten übrigens die weiblichen Irrenschädel mehr hydrocephale Ausbiegungen zeigen, weil bei der sehr ansehnlichen Zahl männlicher Irren, welche an der so hervortretend erst im Mannesalter erworbenen progressiven Paralyse enden, die angebornen Anomalien unter den pathogenetischen Momenten selten sind, während die Seltenheit der progressiven Paralyse bei Frauen unter die weiblichen Irren aus diesem Grunde weniger Normalschädel einmengt.





Bezüglich der Mechanik, durch welche das höhere Mass von Ausbiegung der Schädelknochen zu Stande kommt, ist die Knochenbiegsamkeit im frühen Lebensalter und die Dehnbarkeit der bei vermehrtem Schädel-Inhalt breiteren Interstitialmembranen genügend erklärend, und braucht nur an das Randwachsthum, nicht an ein Wachsthum binnen der fertigen Oberfläche der breiten Schädelknochen gedacht zu werden.

Die Höhendurchmesser der Irrenschädel sind bei den Männern überwiegend klein, so dass die kleinen Durchmesser noch an den grossen Schädeln von mehr als 1500 Cc. den Percentantheil an mittleren Durchmessern und auch bei den grössten Schädeln von mehr als 1600 Cc. den an grossen Durchmessern um mehr als die Hälfte übersteigen. Der allmälige Abfall der kleinen Durchmesser geht übrigens dem Anstieg der Capacität parallel.

Bei den Frauen erscheinen die mittelgrossen Durchmesser vorherrschend, die kleinen aber seltener als die grossen. Den Abstufungen der Schädelgrösse gehen die auf sie entfallenden Percent-Antheile der Höhendurchmesser nicht parallel.

Dies hat seinen Grund darin, dass der weibliche Normalschädel eine gewisse Abplattung zeigt und im Durchschnitte kleiner als der weibliche Irrenschädel ist.

B. Breiten-Index.

Die Proportionen der Schädeldurchmesser zu einander werden durch die Berechnung der Breite und der Höhe als Percente des Längsdurchmessers veranschaulicht. Man unterscheidet darnach den Breiten-Index (L:Q) und den Höhenindex (L:A). Retzius hatte den Werth des Breiten-Index für kraniologisches Studium zur Geltung gebracht und theilte alle Schädel nur in Langköpfe und Kurzköpfe: Dolichocephalen und Brachycephalen. Mit Recht verliess Welker diese allzu einfache Theilung der Schädelformen, weil eine Zahl von Schädeln weder den Eindruck von Langköpfen noch von Kurzköpfen macht, sondern den einer mittleren Entwicklung beider Durchmesser. Er stellte daher zwischen Dolichocephalie und Brachycephalie gleichsam eine neutrale mittlere Schädelform, die Mesocephalen. Dabei hatte er aber im entgegengesetzten Sinne dem Augenschein wieder Gewalt angethan. Sollte man nach Retzius Schädel, die weder durch Länge noch Breite hervorragten, Langköpfe und Kurzköpfe nennen, so brachte Welker in der Mesocephalie wieder zu differente Schädelformen zu einander, nämlich solche, welche einerseits den entschiedenen Eindruck langer Schädel und andererseits solche, die durch ihre Breite einen sehr entschiedenen Gegensatz zu jenen bilden. Die Mesocephalie Welker's ist augenscheinlich ein zu weiter Begriff, wenn man ihr die Ausdehnung von 73—85% Breiten-Index belässt. Daher haben Huxley und Broca mit Recht Zwischenglieder in die Dreitheilung Welker's eingeschoben, durch welche der verschiedene Eindruck der Schädelformen auf den unbefangenen Blick getreuer wiedergegeben wird. Broca, dem ich hier mit einer unwesentlichen Vereinfachung in den Zifferbegrenzungen folge, schiebt zwischen Dolichocephalie und Mesocephalie eine Subdolichocephalie, und zwischen Mesocephalie und Brachycephalie eine Subbrachycephalie ein. Auf die Dolichocephalie entfällt jeder Breiten-Index, der bis zu 75%, auf die Subdolichocephalie, welcher darüber bis zu 78% geht, auf die Mesocephalie der Index zwischen 78·01 bis zu 80%, auf die Subbrachycephalie der Breiten-Index von 80·01 bis zu 83%, auf die Brachycephalie jeder über 83% hinausgehende Breiten-Index. Von diesen Formen entfallen auf die normalen Schädel Welker's und auf die Irrenschädel folgende Proportionen:



Welker's normale Schädel.

	Männer		Frauen	
	Zahl der Schädel	Percent-Antheil	Zahl der Schädel	Percent-Antheil
Dolichocephalie	1	3·3	9	30·0
Subdolichocephalie	8	26·6	13	43·3
Mesocephalie	3	10·0	5	16·6
Subbrachycephalie	11	36·6	3	10·0
Brachicephalie	7	23·3	—	—
	30		30	

Irrenschädel.

Männer

	Grösse und Zahl der Schädel					Summe	Percent-Antheil
	— 1300	+ 1300	+ 1400	+ 1500	+ 1600		
Dolichocephalie	2	3	2	4	4	12	13·6
Subdolichocephalie	—	2	2	4	3	11	12·5
Mesocephalie	1	3	7	5	3	19	21·5
Subbrachycephalie	2	5	7	7	4	25	28·4
Brachycephalie	2	4	8	5	2	21	23·8
						88	

Frauen

	Grösse und Zahl der Schädel						Summe	Percent-Antheil
	— 1200	+ 1200	+ 1300	+ 1400	+ 1500	+ 1600		
Dolichocephalie	—	1	—	—	—	—	1	3·5
Subdolichocephalie	—	4	—	1	—	—	5	17·8
Mesocephalie	1	2	1	1	—	1	6	21·4
Subbrachycephalie	—	5	1	2	1	1	10	35·7
Brachycephalie	1	2	2	—	1	—	6	21·4
							28	

Der Vergleich mit den Normalschädeln Welker's ergibt 1. bei den männlichen Irrenschädeln ein stärkeres Percent der Langschädel und ein geringeres der kürzeren Schädel. Dabei ist noch die extremere Form der langen Schädel begünstigt. 2. Bei den Frauen wiegen normaliter, wie Welker auch hervorhebt, die Langschädel vor, sie bilden als Dolichocephalen und noch mehr als Subdolichocephalen mehr als die Hälfte, fast drei Viertel (73%) der gesammten Frauenschädel. Bei den weiblichen Irrenschädeln bilden sie nur ein Fünftel (21%). 3. Die Mesocephalen, die unbestimmten Formen sind bei den Normalschädeln seltener als bei den Irrenschädeln. 4. Die kurzen Schädel sind bezüglich der subbrachycephalen Männerschädel bei den Irren geringer als bei den normalen vertreten, die extremen Kurzschädel der Brachycephalen aber gleich. Die massgebende Zahl der Männerschädel muss den Einfluss der Racen umsomehr ausschliessen, als man bei Kranken österreichischer Provinzen diesfalls wohl mehr ein Plus als ein Minus der kürzeren Schädel zu erwarten hätte. 5. Bei den weiblichen Irren machen die Subbrachycephalen mehr als das Dreifache der normalen Frauenschädel aus, während Brachycephalen bei den normalen

Frauen fehlen, bei den irren Frauen mit den männlichen Schädeln percentisch fast gleich stehen.

An diese Punkte möchte ich folgende Erläuterungen knüpfen:

1. **Zu den Langschädeln der Männer.** Sie zeigen bei Welker das Maximum von 74·3, bei Irren betrifft das Maximum die Schädel No. 56 mit 51·8, No. 84 mit 63·1, No. 8 mit 67·9, No. 66 mit 70·6, die Schädel No. 1 mit 71·5, No. 3 mit 71·1, und No. 69 mit 7·19 und unter 72.

Die Schädel dei männlichen Irren sind also nicht nur durch die grössere Zahl von Dolichocephalen, sondern auch durch extremere Formen von Dolichocephalie bezeichnet. Wie weit dabei Schädel-Anomalien Ursache sind, dafür geben die Anmerkungen Zuckerkandl's Belege.

Der Schädel 1 zeichnet sich durch extreme Kleinheit, Nannocephalie, Zwergschädel (Virchow), und der Schädel 84 durch extreme Grösse, Kephalonie aus. Der Horizontalumfang des Nannocephalen mit 476 steht um 13 Millimeter unter dem Horizontalumfang des kleinsten Normalschädels bei Welker mit 489 Millimeter. Zuckerkandl vergleicht den Schädel, den gleichfalls kleinen und dolichocephalen Hinduschädeln. Dieser Vergleich reflectirt allerdings auf eine ethnographisch tief stehende Schädelform, doch ist an microcephale Schädel ohne eigentliche Anomalien keineswegs Dolichocephalie geknüpft. Drei von Zuckerkandl (Mittheilungen der anthropologischen Gesellschaft in Wien, „Ueber Microcephalie") veröffentlichte Schädel von 455, 438, 438 und 506 mm. Horizontalumfang haben Breiten-Indexe von 82·4, 86·2 und 81·1 mm. Zwei von mir seinerzeit in Rokitansky's Museum gemessene weibliche jugendliche Nannocephalen mit 420 und 430 mm. Horizontalumfang haben beide den Breiten-Index von 80·0, während ein einschlägiger von Welker beschriebener Fall subdolichocephal ist mit dem Index von 76·4 mm. Demnach ist Dolichocephalie von der Microcephalie nicht abhängig. Die Dolichocephalie des Kephalonen Nr. 84 ist noch excessiver. Welker spricht dem Riesenwuchs gleichsam durch höhere Schädelwirbel Dolichocephalie zu, hält sie aber von der Kephalonie an sich für unabhängig. Andererseits stammt Welker's Dolichocephalie der Frauen keineswegs von hohem Wuchs; diese erklärt er durch grössere Aehnlichkeit mit dem dolichocephalen Kindesschädel. Könnte sich die kindliche Dolichocephalie auch mit jener des Schädels Nr. 1 als eines unentwickelten zusammenbringen lassen? oder mit der Grösse des Mannes, der den Schädel trug? Die Dolichocephalie ist aber excessiver bei diesem Nannocephalus als bei dem Kinde und bei dem Kephalonen excessiver als bei den Nannocephalus. Vielleicht sind beide Schädel mehr dolichocephaloid als dolichocephal, was unten erklärt werden wird.

Die Dolichocephalie von Nr. 57 und Nr. 84 ist ihrer pathologischen Begründung nach eminent klar. Sie ist durch frühzeitige Verschmelzung der Pfeilnaht begründet, welche bei dem Schädel Nr. 57 den Breitendurchmesser auf 94 mm. herabsetzt und bei dem Schädel Nr. 66 auf das gleichfalls geringe Mass von 123 mm. Virchow rechnet solche durch Pfeilnahtsynostose verschmälerte Schädel zu den Dolichocephalen (Gesammelte Abhandlungen 1856, pag. 901). Nachdem aber sehr hochgradige Dolichocephalie auch ohne Nahtverschluss vorkommt, wäre es wohl besser, diesen Ausdruck nur auf dolichocephale Schädel ohne Anomalien anzuwenden, jenen dolichocephalen Schädeln aber, welche aus den Anomalien 1. der Pfeilnahtverschliessung, 2. der hydrocephalen Hervorblähung der Stirn- und besonders der Hinterhauptschuppe, oder 3. durch Schaltknochen in der Lambdanaht hervorgehen, ihren pathologischen



Charakter durch den Ausdruck dolichocephaloid aufzuprägen, eventuell sie bei minder hohem Grade von Dolichocephalie aus diesen krankhaften Ursachen auch subdolichocephaloid zu nennen.

Hyrtl hat vor Virchow schon dargelegt, dass die Verschliessung der Pfeilnaht Querverengerung, die der Lambdanaht Längsverengerung des Schädels setze.

Virchow theilt die pathologischen Langschädel in kahnförmige Schädel (Scaphocephali) und in Keilschädel (Sphenocephali). Die veränderten Schädelformen entstehen durch die Nahtverschliessung überhaupt nur dann, wenn dieselbe nicht bei Zurückbleiben der Gehirnbildung mit Microcephalie verbunden ist, und wenn die Nahtverschliessung nicht so spät erfolgt, dass der entwickelte Schädel-Inhalt die Form des Schädels schon bleibend gemacht hat. Die anormalen Schädelformen gehen aus Compensationen des Schädelraumes durch das Wachsthum der Schädelknochen in jenen Richtungen hervor und in jenen Schädelregionen, deren Entwicklung die frühen, auch intrauterinen Nahtverschliessungen nicht behindern.

Bezüglich der Nähte zwischen den grossen Knochen der Schädelwölbung geht von der Interstitialmembran der Kronnaht nur Längenwachsthum, von der Interstitialmembran der Pfeilnaht nur Querwachsthum aus, während die Lambdanaht jederseits eine diagonale Linie bildet, an welcher das Randwachsthum des Scheitelbeines und des Hinterhauptbeines eine Resultante sowohl für Breite als Länge mit vorwiegender Wirkung für das Längenwachsthum des Schädels beiträgt. Die vorzeitige Verschliessung der Pfeilnaht setzt daher Querverengerung des Schädels.

Die Scheitelbeinregion kann dabei durch das wachsende Gehirn am wenigsten in der Gegend der verschlossenen Naht erweitert werden, nach abwärts mehr. Der Querschnitt beider Scheitelbeine wird statt zu einer breiten Wölbung zu einem Spitzbogen umstaltet, dessen Giebelhöhe die verschlossene Pfeilnaht bildet, die kantig hervorspringt. Sieht der Schädel aber mit der Basis nach oben, dann gleicht der Giebel dem vertieften schmalen Boden eines Kahnes, Scaphocephalus. Die Compensation des Schädelraumes findet bei unbehindertem Längenwachsthum statt und dieses betrifft in eminenter Weise die mögliche Vergrösserung der Scheitelbeine. Sie erreichen eine ungewöhnliche Länge, welche sich am oberen Rande durch Entwicklung einer vorderen Schneppe in die Fontanellen hinein erstreckt (Virchow) nach hinten durch concave Einbiegung der Occipitalschuppe. Durch diese Streckung in die Länge verliert das Scheitelbein auch die longitudinale Wölbung, während die quere schon durch die Synostose vereitelt wurde. Der Höcker geht verloren. Die Compensation, welche das Gehirnwachsthum für die verlorene Breite in der Längendimension findet, erstreckt sich aber nicht selten auch auf Auswölbungen der Knochen an beiden Enden der Längsaxe, auf eminentes Vorspringen der oberen Stirngegend und der Occipitalschuppe. Eine mediale frontale Vorwölbung kann wohl auch von Ueberdauern der Pfeilnaht durch die Stirnnaht begünstigt werden. Uebrigens ist auch das Längenwachsthum des Stirnbeines grösser, daher die Orbita lang (Zuckerkandl). Zuweilen findet sich hinter der Fontanelle eine leicht sattelförmige quere Vertiefung der Scheitelgegend, nach Langer ein Beweis, dass hier die Synostose am frühesten vorhanden war.

Eine solche sattelförmige Vertiefung, Stenosirung, auf der Höhe des Schädelgewölbes unterscheidet sich von Virchow's Sattelköpfen, Klinocephalen, schon durch das geringe seitliche Herabreichen der Einschnürung. Die Klino-



cephalie ist aber eine quere Verengerung des Schädels, welche denselben von unten auf durch frühe Verschmelzung des grossen Keilbeinflügels mit dem Scheitelbein stenosirt. Sie ist daher von den eben erwähnten oberen Parietalstenosirungen wohl unterschieden. Die andere Art von Dolichocephaloiden, welche sich aus dem frühen Verschluss der Pfeilnaht ohne Beziehung auf andere Nahtsynostosen ergibt, ist der Keilkopf Virchow's, der seltene Sphenocephalus. Der Keilkopf verbindet mit Dolichocephalie auch eine die Gegend der grossen Fontanelle einnehmende bedeutende Höhe, von welcher nach vorn und hinten das Profil des Stirnbeines, sowie des Scheitelbeines abfällt. Hier konnte der Schädel-Inhalt die Schädel-Capacität durch Hervortreiben der nachgiebigen Interstitialmembranen der Fontanelle compensiren. Die Bildung des Keilkopfes hängt vielleicht damit zusammen, dass der frühe Pfeilnahtverschluss nicht am vorderen Ende der Pfeilnaht beginnt, das mit der Fontanelle confluirt. Im Gegensatz dazu stünden bei den Skaphocephalen 1. obige quere Stenosirungen am vorderen Ende der Pfeilnaht und 2. der Umstand, dass der First oder Giebel der Pfeilnahtgegend bei diesen öfter in einen ähnlichen First der oberen Stirnnahthälfte übergeht, so dass auch der vordere Theil der Fontanelle durch Stirnnahtsynostose früh ausgefüllt wurde.

Die in Rede stehenden beiden Dolichocephaloiden unter den Irrenschädeln des Rokitansky'schen Museums gehören aber zu keiner von beiden Formen. Wenn der Keilkopf von den Kahnköpfen sich durch ein umschriebenes Gebiet grosser Höhe unterscheidet, so unterscheiden sich diese beiden Schädel als Spitzköpe (Oxycephalen) vom Keilkopf durch vorzeitige Verschmelzung der Kronnaht; die Dolichocephalie ist gar nicht das terminologisch massgebende Kennzeichen derselben, sondern der mächtige Höhendurchmesser, daher ich zunächst hier ihre Betrachtung abbreche und dieselbe bei der Würdigung abnormer Hochschädel wieder aufnehme.

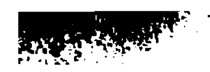
Die Schädel Nr. 24, 29, 55 und 64 sind laut der Anmerkungen durchschnittlich, obwohl grösstentheils dem Breiten-Index nur subdolichocephal, doch in ihrer Länge durch krankhafte Momente begünstigt, welche beide Ausdrücke von Hydrocephalie sind. Diese anomalen Kennzeichen bestehen in der Einschaltung von Nahtknochen in der Lambdanaht (bei den Schädeln Nr. 24 und 64 auch in der Kronnaht) und in der Hervorbauchung des Occiput ohne Nahtknochen, welche dessen Schuppe durch eine Stufe in der Lambdanaht bei höheren Graden nach Virchow's Ausdruck kapselartig ausladen lassen.

Von hochentwickelten Formen solcher „occipitalen Dolichocephaloiden" enthält das Museum Prof. Langer's eine ausgesonderte Gruppe, von welcher ich in nachstehender Tabelle die wesentlichsten Masse mittheile.



Tabelle IX. Schädel mit Hinterhauptstufen.

Nummer	Alter	Horizontalumfang (H)	Oberer Bogen QU des Querumfanges	Basale Linie des Querumfangs as, au	Längsumfang n c l b	Basale Länge n b	Längsdurchmesser L	Querdurchmesser Q	Höhendurchmesser A	Breiten-Index L: Q	Höhen-Index L: A	n b : L	n b = 100 : n r l b	as, au = 100 : oberem Querumfang	Anmerkungen
Männer 1	18	488	320	120	404	94	170	135	140	79·4	82·3	55 2	429	266	Oxycephalus. Synostose der S. coronaria, sagittalis und squamosa einfache occipitale Ausbauchung.
2		541	326	125	420	100	185	145	136	78·3	73·5	53·8	420	260	Brachycephale; Nähte offen. Die Stufe in der Lambdanaht durch bis zolllange und ebenso breite Worm'sche Knochen ausgefüllt, welche mit einander theilweise synostosiren.
3		500	311	122	413	99	175	136	140	77·7	80 0	56·5	416	253	Synostotischer Schädel bis auf die Seitentheile der Lambdanaht und die Warzennaht. Hoch, etwas kahnförmig.
4	35	550	318	130	415	97	185	146	123	78·9	66·4	52·4	427	244	Starke Abplattung der Fontanellgegend; senile Obliteration der Sagittalnaht hinten; inmitten der Stufe 4 silbergroschengrosse, seitlich kleinere Nahtknochen und sehr hohe Nahtzacken.
5		560	342	—	415	100	180	155	135	86·1	75·0	55·5	415	—	Brachycephal, Stirnhöcker entfernt, hervorragend, Nähte offen; Stufe nur als mittlerer Beutel 85 mm breit mit unzähligen, ineinander gezahnten Nahtknochen; Schläfe stark convex
6		560	326	128	431	93	190	159	125	83·6	65·7	48·9	463	254	Abgeflachter breiter Schädel; Stirnhöcker entfernt, vorragend; stark convexe Schläfenschuppe. Die Stufe hat 25 mm Plateau; mit $^1/_2$ Zoll grossen Nahtknochen.
7	42	530	307	121	400	97	186	142	125	76 3	67·2	52·1	412	253	Subdolichocephaler niedriger Schädel mit offenen Nähten; Plateau der Stufe mit Nahtknochen, 16 mm, bei stark convexer Hinterhauptschuppe.
Frau 8	39	530	280	120	395	85	180	140	105	77 7	58·3	47·2	464	233	In der Fontanellgegend stark abgeplatteter niedriger Schädel, entfernte vorragende Stirnhöcker; inmitten der Lambdanaht ein kreuzergrosser neben vielen kleineren Nahtknochen.



In Bezug auf den Breiten-Index findet sich, dass nur die Schädel 3, 7 und 8, trotz der Verlängerung, welche ihnen die Hinterhauptstufe verleiht, unterhalb des mesocephalen Index stehen und dass kein einziger dieser Schädel ausgesprochen dolichocephal ist, sondern dass die aufgezählten drei Schädel der Subdolichocephalie angehören. Ohne die verlängernde Occipitalstufe wären sie mesocephal. Die Schädel 1, 2 und 4 sind trotz der Stufe mesocephal. Der Schädel 6 ist trotz der Stufe subbrachycephal, und 5 sogar stark brachycephal. Ausserdem ist beim Schädel 2 noch bemerkt, dass er, von der Stufe abgesehen, brachycephal erscheint. Auch von den Mesocephalen ist anzunehmen, dass sie ohne die Stufe zu den kurzen, subbrachycephalen Schädeln zu stellen wären.

Hieraus wird sich nicht mit Unrecht schliessen lassen, dass die Hinterhauptstufe in den meisten Fällen eine anormale Verlängerung an sich kurzer Schädel darstellt, und dass sie aus irgend welchem Grunde den Schädel-Innenraum compensatorisch nach hinten vergrössert. Wie die oxycephalen Schädel 1 und 3 zeigen, welche durch die bedeutenden Höhen-Indexe von 82 und 80% hervorragen, kann diese Compensation, was schon oben bezüglich der ähnlichen beiden Irrenschädel angeführt wurde, durch Nahtverschliessung erfordert werden, und es bedarf zum Zustandekommen einer ansehnlichen Stufe am Occiput auch keiner Schaltknochen. Es finden sich aber keineswegs bei den nicht synostotischen dieser Dolichocephaloiden grössere Höhendurchmesser, im Gegentheile zeigen die Schädel 4, 6, 7 und 8 auffallende Niedrigkeit und sehr geringe Höhen-Indexe von weniger als 70% Höhe, wie schon der Vergleich mit Tabelle X ergibt, in welcher kein Höhen-Index unter 70% vorkommt. Diese gesammten Schädel zeigen also nichts Gemeinsames als die Stufe. Ich führe ohne Verallgemeinerung noch an, dass keiner dieser Schädel noch andere Schaltknochen, als die in der Lambdanaht zeigt. Das gemeinsame Moment für die 6 nicht synostotischen Schädel mit Hinterhauptstufe durch Schaltknochen, welches eine Erweiterung des Occiput bedingt, liegt in einer besonderen Wachsthumsrichtung des Gehirnes nach hinten, bedingt durch einen wahrscheinlich angebornen Hydrocephalus, welcher in eminenter Weise das Hinterhorn der Kammern betrifft. Dieselbe kann auch in spätere Verlöthung der inneren mit der äusseren Wand des Hinterhornes übergehen, wobei die Verwachsungslinie aber stets über die gewöhnliche Länge des Hinterhornes hinausreicht.

Dem könnte man entgegensetzen, dass die Verlängerung des Occiput von der Entwicklung der vielen und grossen Schaltknochen abhängig sei. Die Schaltknochen der Lambdanaht legen sich aber, wenn noch so zahlreich und mächtig, nicht horizontal und treten nicht stufenartig hervor, wenn nicht der Hydrocephalus des Hinterhornes den Hinterhauptlappen hervorstülpt und dadurch die Schaltknochen nach rückwärts umlegt.

Hiefür gibt die Tabelle X, welcher eine andere Gruppe von Schädeln aus dem Museum Langer's zu Grunde liegt, einen schlagenden Beleg. Diese Schädel enthalten, wie aus den Anmerkungen hervorgeht, durchwegs ansehnliche, mehrere auch viele Schaltknochen der Lambdanaht, welche aber, ohne einen Vorsprung am Schädel zu verursachen, sich an der Bildung der gewöhnlichen Knochen-Oberfläche betheiligen, indem sie nicht horizontal, sondern senkrecht stehen. Diese Schädel sind bis auf einen nahezu dolichocephalen, der zufällig die kleinsten Nahtknochen enthält, durchwegs subbrachycephale



Tabelle X. Schädel mit Schaltknochen ohne Stufe.

	Nummer	Alter	Horizontalumfang (H)	Oberer Bogen QU des Querumfanges	Basale Linie des Querumfangs au, au	Längsumfang n c l b	Basale Länge n b	Längsdurchmesser L	Querdurchmesser Q	Höhendurchmesser A	Breiten-Index L: Q	Höhen-Index L: A	n b : L	n b = 100 : n r l b	aa, au = 100: oberem Querumfang	Anmerkungen
Männer	1		510	307	126	410	95	180	145	135	80·5	75·0	52·7	426	257	Unauffälliger, länglicher Schädel, hinten etwas ausgebaucht, die Zone der Schaltknochen der Lambdanaht ist in der Mitte 50 $^{m}/_{m}$, seitlich 26 $^{m}/_{m}$ hoch, in der Mitte sind sie geschichtet.
	2		529	320	125	422	97	180	137	132	75·5	73·3	53·8	435	251	Langer Schädel mit einem Schaltknochen in der vorderen Fontanelle je einem bohnengrossen in den Seiten-Fontanellen, ein grosser mittlerer Knochen und zahlreiche kleine, bis nur hanfkorngrosse in der Lambdanaht.
	3		513	300	117	392	95	176	144	127	81·8	72·1	53·9	412	256	Abgeplatteter Schädel, Schaltknochen schon im hintern Drittel der Pfeilnaht und im oberen Winkel der Lambdanaht. Ueber der linea aspera 5 $^{m}/_{m}$ lange und breite Schaltknochen.
	4		520	312	126	405	95	176	149	130	84·6	73·2	53·9	426	247	Das obere Drittel der squama occipitalis durch eine Naht abgetrennt, die Pfeilnaht nach links von der Mitte der Kranznaht inserirt.
	5		540	324	120	415	100	179	151	134	81·6	74·8	58·8	415	266	Linkseitige Asymmetrie; ein oberes Hinterhauptstück durch eine Naht abgetrennt.
	6		540	345	120	434	100	185	153	142	82·7	76·7	54·0	434	287	In der Spitze der Lambdanaht 3 grössere, links mehrere längliche Schaltknochen.
Frauen	7		522	312	120	417	92	178	150	126	84·2	70·7	51·6	452	260	Schaltknochen im untern Ende der Pfeilnaht und ein grosser oberer in der Lambdanaht.
	8		545	—	—	422	100	180	149	135	82·7	75 0	52·7	422	—	Mitlerer bis zur linea semicirc. reichender Schaltknochen und rechts ein seitlicher bis zum äusseren Drittel des Hinterhauptbeines und auch bis zur lin. semicirc. reichend. Das äussere Drittel dieser Zone zeigt nach unten auch Reste von Nahtzacken um einen Schaltknochen.



Schädel. Ueberblickt man die Breiten-Indexe der Tabellen IX und X, so tritt die Wirkung der Hinterhauptstufe auf die Schädellänge dadurch hervor, dass unter den acht Schädeln mit Stufe sechs Schädel mit weniger als 80% Breite vorkommen, unter den Schaltknochenschädeln ohne Stufe aber nur einer. Diese Schädel erscheinen den Durchmessern nach sämmtlich gross, indem ihre Subbrachycephalie neben lauter mittelgrossen und grossen Längsdurchmessern vorkommt und zugleich niedrige Höhen-Indexe fehlen. Die senkrechte Stellung der Schaltknochen würde auch zunächst mit niedrigen Schädelformen nicht stimmen. Es wäre aber gewagt, aus dem Vorhandensein solcher Schaltknochen einen Schluss auf Gehirn-Anomalien zu machen, 1. weil das Gebiet eines Schädelknochens sich nicht blos aus den gewöhnlichen Knochenkernen zusammensetzen muss, sondern in breiteren Interstitialmembranen entwickelte aussergewöhnliche Kerne ohne bekannte krankhafte Beziehungen sich an der Oberflächenbildung betheiligen können (Zuckerkandl). 2. Sind die getrennten Knochenstücke des Occiput gar nicht immer aus interstitiellen Knochenkernen entwickelt, sondern gehen auch daraus hervor, dass die Antheile der normalen Knochenkerne am Occiput sich nicht vereinigten und durch Nähte umschrieben bleiben. Dieser Fall trifft bei den Schädeln der Tabelle X mehrmals zu. Siehe besonders die Schädel Nr. 4 und 8.

(Schluss folgt im nächsten Hefte.)

Ueber Dysthymia und die offenen Curanstalten.

Von

Dr. Tiling

an der Irrenanstalt des heiligen Nicolai in St. Petersburg.

Trotz aller Bemühungen und Vorstellungen der Irrenärzte ist es bisher nicht gelungen, selbst im gebildeten Theil des Publicums das sogenannte Vorurtheil gegen die Irrenanstalten zu besiegen und jeder Arzt hat mehr oder weniger Gelegenheit zu beobachten, wie schwer den Angehörigen der Entschluss wird, ihren Verwandten einer Anstalt zu übergeben, in der sich Wahnsinnige befinden. In der psychiatrischen Literatur andererseits treffen wir fortwährend auf Ausführungen, die das Grundlose und Schädliche dieser Ideen darzulegen versuchen. Die Anstalten werden mit immer grösserem Comfort angelegt, um den Contrast gegenüber dem häuslichen Leben abzuschwächen; aber jede Anstalt muss bisher doch mit dem ganzen Arsenal der Sicherheitsmassregeln und Beschränkungsmittel ausgerüstet sein; denn jede Anstalt birgt Insassen von allen Kategorien. Wie soll es auch anders sein? Die meisten Irrenärzte geben zu, dass sie aus dem ersten Stadium, in dem ihnen der Kranke zu Gesicht kommt, keinen Schluss über die nächsten Phasen der Krankheit ziehen können. Alle Vorsichtsmassregeln müssen getroffen werden, wenn sich an das erste Stadium, die sogenannte melancholische Verstimmung, bald eine Tobsucht anschliessen kann, bald ein Hirnstupor mit Unreinlichkeit und Abstinenz, bald Grössen-Ideen, Beschmutzen der Wände, Zerreissen der Kleider etc. Als aber doch offene Curanstalten angelegt wurden für Nervenkranke und die Anfangsstadien der Psychosen, lieferte das Publicum seine Kranken dorthin viel leichteren Herzens ab oder die Kranken traten dort selbst



ein; viele Irrenärzte aber sprachen sich, den oben entwickelten Grundsätzen gemäss, dagegen aus. Auf der XVII. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Juni 1873 („Allgem. Zeitschrift" Bd. 30) bemerkte Lähr unter Zustimmung der Anwesenden gegen Müller: „Kann ich nun nicht finden, dass diejenigen Kranken, welche überhaupt der Aufnahme in ein geordnetes Krankenhaus bedürfen, nicht hier die Bedingungen finden, welche sie zu ihrer Wiederherstellung bedürfen, so halte ich es doch auch für zweifelhaft, dass wenn sich eine Anstalt als offene ankündigt, dadurch eine zweckentsprechende Anstalt geschaffen wird. Das Odium einer solchen Anstalt fehlt ihr nicht, während nunmehr, da der Leiter einer solchen Anstalt sich seine Kranken nicht selbst auswählen kann, ihm die verschiedensten Formen zugeschickt werden, für welche ihm die Einrichtungen fehlen. An Störungen für die anderen Kranken fehlt es daher nicht." Die Erwiderung ist nach dem Vorausgeschickten consequent; nur kann dagegen wohl eingewandt werden, dass die geschlossenen Anstalten nicht ohne Mängel sind; gerade die erwähnten Störungen für die ruhigen und besonnenen Kranken sollten ja eben abgeschafft werden und wenn das in den offenen Anstalten auch nicht zu erreichen ist, so sollte man sich nach etwas Besserem umsehen. Darüber sind doch wohl Alle einig, dass es in vieler Hinsicht besser wäre, wenn nicht alle Geisteskranken in dieselbe Anstalt kämen und bei jedem Fortschritt der klinischen Psychiatrie wird und muss diese Forderung mit erneutem Nachdruck gestellt werden. Das Odium den offenen Anstalten gegenüber von Seiten des Publicums ist thatsächlich viel geringer. Ich stimme darin ganz den Ansichten von Moest bei in der „Petersburger med. Wochenschrift" vom 3. Juni 1878. So lange freilich den offenen Anstalten die verschiedensten Formen zugeschickt werden, bleibt der Vortheil unerreicht, und es spitzt sich daher die ganze Frage dahin zu: Ist es gegenwärtig möglich, die passenden Kranken für die Anstalten auszuwählen oder nicht? Wenn heutzutage noch der Satz seine volle Giltigkeit hat, dass aus dem Anfangsstadium einer Psychose sich jede mögliche Form entwickeln kann, dann muss die Frage mit „Nein" beantwortet werden. Wir dürfen aber doch wohl sagen, dass gegenwärtig wenigstens zwei Parteien gegenüber dieser Frage existiren. Vergleichen wir z. B. die neueste Arbeit von Kahlbaum (Volkmann, „Sammlung klinischer Vorträge", Nr. 126) mit dem Handbuch von Griesinger und dem Folgenden, so finden wir in ersterer Eintheilung das melancholische, maniakalische und Schwachsinns-Stadium in unregelmässiger und nicht vorherzusehender Reihenfolge nur noch der sogenannten Typica reservirt; während in letzterer, d. h. bei Griesinger, diese Unberechenbarkeit jeder Geisteskrankheit zukam. Der Name Typica*) scheint allerdings für diese einer klinischen Schilderung unzugänglichsten Fälle nicht recht zutreffend; er könnte sogar durch Atypica ersetzt werden. Alle anderen von Kahlbaum aufgezählten Formen sind wirklich klinische Bilder mit einem bestimmten Verlauf, und nicht Stadien, die fast beliebig mit einander abwechseln können. Die primäre Verrücktheit ist doch wohl gegenwärtig in Deutschland und Frankreich anerkannt; wenn auch vielleicht die einzelnen Autoren dieser Krankheit nicht ganz dieselben Grenzen stecken. Westphal rechnet dahin acute und chronische Fälle und auch die von Kahlbaum sogenannte Katatonie, Kahlbaum und Andere verstehen darunter nur eine von diesen Varietäten,

---

*) In meiner Arbeit über Classification der Geisteskrankheiten ist die Bezeichnung Typica von mir irrthümlicherweise für die reine Manie gebraucht worden.



nur die allerchronischste mit relativ gut erhaltenem Raisonnement. Falret nennt die Form *délire de persecution* und unterscheidet zwei Varietäten („Annale medico-psychologiques", Serie V, Bd. 19, Sitzungen vom 12. November 1877 und vom 25. Februar 1878). Ueber die Form, die der Kahlbaum'schen Paranoia entspricht, sagt er: *„Ils sont malades toute leur vie avec paroxysmes, mais restent toujours les mêmes à un âge avancé et n'aboutissent jamais à la démence."* Diese chronische primäre Verrücktheit ist von den Autoren für unheilbar erklärt. Es sind mir auch nicht selten Fälle vorgekommen, wo Kranke dieser Art die Anstalt scheinbar genesen verliessen und durch lange Zeit wieder zu einer Beschäftigung brauchbar waren; dennoch fehlte ihnen die volle Erkenntniss ihrer Krankheit und sie behielten ihr scheues, verstocktes Wesen und ihre auffallenden, grundlosen Sympathien und Antipathien. Ausserdem aber muss ich behaupten, dass diese Kranken von der Anstalt keinen sichtbaren Nutzen ziehen. Man kann ja bei ihnen sehr gewöhnlich lange Perioden in der Anstalt und ebensolche ausser der Anstalt überblicken und findet dann oft, dass sie sich unter den gewohnten Verhältnissen, in der Freiheit etwa in fremderer Umgebung, besser befinden, weil dort eher Uebung der erhaltenen Kräfte möglich ist. Sollte es sich nach dem Gesagten nicht empfehlen, in Zukunft diesen Kranken, sowie auch den Paralytikern den Eintritt in wirkliche Heilanstalten zu versagen? — Alle die Unzuträglichkeiten, die aus der Ueberladung unserer Irrenanstalten mit Unheilbaren entstehen, sind zur Genüge bei vielen Gelegenheiten gewürdigt worden. Sollte nicht diesem Uebel dadurch zu einem guten Theil Abhilfe geschafft werden? Ich glaube, es ist nicht richtig, wenn behauptet wird, die Hauptursache dafür, dass die meisten Insassen der Irrenanstalt unheilbar seien, liege in dem Umstande, dass sie der Anstalt zu spät eingeliefert werden. Für die Paralytiker und die primär Verrückten wenigstens wissen wir schon heute, dass das nicht der Fall ist; sie sind unheilbar von Anfang an. Die Irrenanstalten sind überhäuft von Paralytikern und chronisch und primär Verrückten; die secundär Blödsinnigen sind gewiss geringer an Zahl als jene beiden Kategorien zusammengenommen.

Allein auch Heilanstalten mit strengerer Auswahl werden in Zukunft nicht alle Bedürfnisse befriedigen; offene Curanstalten ohne den Charakter eigentlicher Irrenanstalten werden fortschreitend mehr ein Bedürfniss werden und es wird sich dann natürlich um die Frage handeln, die ich oben ausgesprochen: Ist es überhaupt möglich, die passenden Kranken für eine offene Anstalt auszuwählen? Die Antwort aber muss anders als bisher formulirt werden, nämlich: es eignen sich nur die sogenannten Gemüthskranken, durchaus aber nicht die Anfangsstadien anderer Psychosen. Damit nun wären wir zu der Frage gelangt, die uns im Nachfolgenden beschäftigen soll, zu der Frage: Unterscheidet sich die Dysthymia in Symptomen und Verlauf vom melancholischen Vorstadium einer complicirteren Psychose oder nicht? Darüber gehen die Ansichten der Irrenärzte noch sehr auseinander. Ich bin seit mehreren Jahren der Ansicht, dass Kahlbaum mit vollem Recht diese Frage bejaht hat und will im Folgenden meinen Standpunkt zu der Frage darlegen.

Die an Dysthymia leidenden Kranken sind nicht verschlossen und zurückhaltend, sondern sprechen sich dem Arzte gegenüber offen und rückhaltslos aus; sie klagen über ein Gefühl von Druck und Schwere im Scheitel und der Stirne und in der Magengegend, dass sie für Angst oder Gewissensbisse halten; die Ursache suchen sie fast immer auf dem moralischen Gebiet; entweder haben sie ein erschütterndes Unglück erlebt oder durch Selbstverschuldung sich die



Qualen zugezogen. Meistens halten sie ihr Leiden nicht für ein physisches, da die Functionen in Ordnung seien und sie keinen Schmerz empfänden. Sie erwarten den Ausbruch von Wahnsinn und hoffen keine Besserung ihres Zustandes. Sie wünschen sich die ärgsten Schmerzen und physischen Qualen, in der Meinung, dass dann die schrecklichen Gedanken und Gefühle abgeleitet werden würden. Gedanken von Pflichtversäumniss, Abfall von Gott, Todesangst, oder die Angst, den Verstand zu verlieren, quälen die Kranken unablässig; manchmal auch Visionen, die sie als solche erkennen. Ihren Verwandten gegenüber haben sie nicht mehr die frühere Empfindung von Liebe und wünschen daher, das Haus und die Familie zu verlassen; vor Allem aber tritt früher oder später der Gedanke an Selbstmord auf. Nur auf kurze Zeit, meist gegen Abend wird ihnen ruhiger zu Muthe, dann wundern sie sich wohl, wie die schrecklichen Phantome ihnen solche Furcht einjagen konnten, und fassen den Entschluss, stark und muthig zu sein, nicht mehr an Allem zu zweifeln und Vertrauen auf die Zukunft zu haben. Kaum aber ist die Nacht da und sie wälzen sich schlaflos auf ihrem Lager, so sind alle guten Vorsätze verflogen und wieder treten die beängstigenden Gedanken und Visionen auf, die das Herz erstarren lassen und den Angstschweiss auf die Stirne treiben. Dabei ist der Kopf schwer oder im Kopf liegt scheinbar ein fremder Körper, der die Gedankenverbindung hindert und die Augen trübt, so dass sie Alles wie im Nebel sehen. Die Tage der ärgsten Verzweiflung und Angst wechseln mit solchen von Apathie oder Erstarrung; die Kranken fühlen sich dann selbst ihrer Lage gegenüber gleichgiltig und meinen, dass nun der Kampf vorüber, ihre Kraft gebrochen und sie willenlos einer fremden Macht überliefert seien.

Der Beginn des Leidens ist oft schleichend, so dass dem eigentlichen Ausbruch vage, nervöse Symptome und ein wunderliches Wesen vorausgehen; oder auch plötzlich, etwa in der Schwangerschaft oder im Wochenbett oder nach Typhus, Dyphtheritis und anderen schwächenden Krankheiten. Auch werden Gemüthsbewegungen als unmittelbar vorausgehende Ursache angegeben. Ebenso und dem entsprechend ist die Dauer sehr verschieden und beträgt zwei bis sechs Monate, aber auch viele Jahre und kann die Krankheit, wie Kahlbaum sagt, allmälig in einen leichten Schwachsinn übergehen. Das aber muss mit Bestimmtheit betont werden, dass diese Kranken keine weiteren Stadien durchmachen und wo sich an einen ähnlichen Zustand weitere Erscheinungen, Aufregungszustände, Wahn-Ideen, Atonität etc. anschlossen, da hat sich mir bei genauerem Nachforschen jedesmal ergeben, dass im Beginne schon leichte Wahn-Ideen vorgekommen waren. Von diesen ersten, leichten Wahn-Ideen soll weiter unten die Rede sein. Hier muss noch in Bezug auf die Dysthymia hinzugefügt werden, dass es fast nie bei Einem Anfall sein Bewenden hat. Oft erst nach vielen Jahren wiederholt sich derselbe Zustand; diesesmal schon leichter ohne bekannte Ursache. Es ist mir aber nicht Ein Fall bekannt geworden, wo der zweite oder dritte Anfall in einer Psychose anderer Art bestanden hätte. Es scheint durchaus Regel zu sein, dass diese Kranken jedesmal wieder in derselben Weise erkranken. Ja noch mehr, auch in der Verwandtschaft dieser Kranken ist häufig schon ein Fall von Dysthymia vorgekommen. Sollte diese Erfahrung auch von anderer Seite bestätigt werden, so würde sie die Eigenartigkeit der Dysthymia am sichersten und schlagendsten beweisen.

Wodurch also unterscheidet sich die Dysthymia von dem melancholischen Stadium einer anderen Psychose? Vor Allem durch Abwesenheit jener ersten

leichtesten Wahn-Ideen, die in anderen Psychosen schon im Beginn dem Betragen und der Aeusserungsweise ihren Stempel aufdrücken.

Eine Wahn-Idee unterscheidet sich bekanntlich von einer normalen Idee sowohl formal als materiell, sowohl durch den Mechanismus des Entstehens als durch den Inhalt. Formal ist für die Wahn-Idee bezeichnend, dass sie, kaum aufgetaucht, feste Ueberzeugung wird; es gibt da kein Schwanken und keine Wahl; die Idee ist eine reine Zwangs-Idee und das Individuum verhält sich ihr gegenüber passiv. Materiell ist der Schluss aus der gegebenen Prämisse immer falsch; die Prämisse ist in den Augen des Gesunden durchaus unzureichend für die gezogenen Schlüsse. Eine Wahn-Idee hat immer einen concreten, specialisirten Inhalt. Bei älteren, fertigen Wahn-Ideen ist der Inhalt so abenteuerlich, dass gerade immer das Unwahrscheinlichste, ja einfach Unmögliche acceptirt wird. Wenn ein Kranker behauptet, sein Nachbar habe ihm mit den Zähnen einige Wirbel aus dem Rücken herausgerissen und er lebt doch, isst, trinkt, promenirt und raisonnirt über andere Fragen ziemlich richtig und logisch, so stehen wir anfangs erstaunt da und begreifen nicht, wie er auf diese Vermuthung kommen kann. Mit der Zeit gewöhnen wir uns allerdings daran, hinter dem wunderlichen Betragen dieser Kranken und ihren Antipathien und Sympathien nicht das Nächstliegendste als Ursache zu vermuthen, sondern irgend etwas ganz Abenteuerliches. Bei den beginnenden Wahn-Ideen und solchen leichteren Grades, die also mit der Dysthymia zu verwechseln sind, ist der Inhalt nicht so abenteuerlich; er liegt noch im Rahmen der Möglichkeit; es fällt aber schon auf, dass der Kranke irgend eine von vielen Möglichkeiten als unbestreitbare Thatsache auffasst. Es ist interessant zu beobachten, wie bei diesen Kranken, die noch nicht von einem oder einigen Ideenkreisen absorbirt sind, bald auf diesem, bald auf jenem Gebiete Wahn-Ideen auftauchen und wenn ihre Aufmerksamkeit durch Zufall einer Frage zugewandt wird, so verfahren sie nach derselben Methode, d. h. sie denken gar nicht anders als in Zwangs-Ideen. Eine ältliche Dame, die seit mehreren Monaten neben tiefer Niedergeschlagenheit und Beängstigung ein misstrauisches Benehmen gegen ihre Umgebung gezeigt hatte, trat mit der Idee hervor, ihre junge Verwandte, die Braut gewesen und dann sich von ihrem Verlobten getrennt hatte, werde eines Tages heimlich das Haus verlassen oder der Abgewiesene werde sich einstellen und sie mit Gewalt fordern. Diese Idee war besonders des Morgens lebhaft und sie betrat nach jedem Gange ihr Haus mit Angst und Beben, weil sie mit dieser Nachricht empfangen zu werden fürchtete. Diese Idee schwand, als sie in eine Anstalt gebracht worden war. Als sie aber dort einer gerichtlichen Inspection unterworfen worden war, glaubte sie, die geheime Polizei habe Grund zur Beobachtung der Ihrigen und forschte und fragte aus welchem Grunde das geschehe etc. An einen Irrthum ihrerseits dachte sie natürlich nicht. — Ein reicher Kaufmann, seit kurzer Zeit schlaflos, in sich gekehrt, ruhelos und misstrauisch, äussert, sein Nachbar — mit dem er wirklich einen Streit gehabt — verbreite an der Börse das Gerücht, dass er bankerott sei. — Ein Student war seit einigen Wochen sehr niedergeschlagen und misstrauisch, besonders gegen seine Mutter; er quälte sich mit Selbstvorwürfen, sah alle seine bisherigen Leistungen für ungenügend an, wollte gemeiner Taglöhner werden u. dgl. Eines Tages äusserte er die Idee, eine Dame, für die er sich interessirte, sei gestern im Hause gewesen, aber von seiner Mutter nicht vorgelassen worden. Die Dame befand sich gar nicht in der Stadt. Auf die Frage, woher er das wisse, sagte er, er habe sie am Schritt erkannt, und das



wog ihm schwerer als alle gegentheiligen Versicherungen. In diesen Fällen hatten sich die Ideen nicht gar zu weit von der Wirklichkeit entfernt, sie hatten auch eine gewisse Veranlassung, wenn auch eine bedenklich geringe. Was sie aber besonders zu Wahn-Ideen stempelt, das ist der concrete, specialisirte Inhalt; — es kann nur dieses Unglück geschehen und kein anderes, es kann nur diese Person gewesen sein und keine andere — und damit dann zugleich die felsenfeste Ueberzeugung, das Unfreie, mit dem das Individuum ohne Schwanken sich der Idee unterwirft. — So lange die Wahn-Ideen auf dieser Stufe bleiben und so fluctuirend sind, mag man wohl einen günstigen Ausgang erwarten und die beiden letztgenannten Kranken sind ohne weitere, gravirendere Erscheinungen in sechs bis acht Monaten genesen und die Dame befindet sich auf dem Wege zur Genesung. Andere Beispiele dieser Art aber bleiben nicht auf dieser Stufe stehen. Ein Officier, der durch die Strapazen des letzten Krieges, durch Verwundungen und Krankenlager geschwächt war, hatte Anfangs gehobene Stimmung und Zuversicht, dann Aengstlichkeit und Kleinmuth dargeboten. Er scheute sich, Gesellschaften zu besuchen, weil er wegen Pflichtversäumniss arretirt werden könnte. Als er von dem Attentat auf den Kaiser hörte, rief er aus: „Ich habe auf den Kaiser geschossen!" Auf die Vorstellungen der Frau erwiderte er, ich habe es nicht gethan, aber man wird es von mir sagen. Dieser ist bald darauf in einen Zustand von Erstarrung, Schweigsamkeit und Abstinenz verfallen. Er hält sich für verfolgt, bedroht, vielleicht auch vergiftet.

Ich habe mich im Obigen nur auf die Aeusserungsweise, die äusseren Merkmale der Wahn-Ideen beschränkt. Ich erlaube mir, jetzt nur flüchtig die Ansichten über das physiologische Zustandekommen der Wahn-Ideen zu streifen, um daran zu zeigen, wie verschieden der Denkprocess, der Mechanismus des Denkens in der Dysthymia von dem in den Wahn-Ideen ist. Die allgemein angenommene Ansicht über das Zustandekommen derselben hat schon Krauss in seiner Arbeit „Der Sinn im Wahnsinn" („Allgemeine Zeitschrift", Bd. 15 und 16) so ausgedrückt: „Das Verständniss des Wahnsinnes ergibt sich allein aus der Reduction der Wahnvorstellung auf die Empfindung und dieser auf ihre organische Wurzel. An die Empfindung tritt die Vorstellung heran und gibt ihr eine sinnlich erkennbare Form."

Meiner Ansicht nach lässt uns die Beobachtung der Kranken darüber im Unklaren, ob die Empfindungen das Erste und die zugehörigen Wahn-Ideen das Zweite oder ob umgekehrt die Wahn-Ideen das Primäre und die Sensationen das Secundäre, also Excentrische seien? Für beide Möglichkeiten werden sich Beispiele finden lassen. Auch im normalen Geschehen finden wir scheinbar für beide Möglichkeiten Analogien. Ich erinnere an die Beobachtung, dass die Vorstellung einer ungeheuren Höhe sich mit dem Gefühl des Schwindels verknüpft. Dass uns an den Kranken zuerst eine gewisse Verstimmung auffällt und wir später erst ihre Wahn-Ideen erfahren, das will noch nichts sagen; dass die Empfindungen immer erst Gemüthsverstimmung und diese die adäquate Vorstellung und dann die Handlung hervorrufe, diese gleichsam den vollen Reflexbogen herstellende Ansicht hat ihre Allgemeingiltigkeit schon verloren, seit die primäre Verrücktheit beschrieben ist.

Wir werden doch in jedem Falle zugestehen müssen, dass eine Empfindung überhaupt nicht das Abenteuerliche, das Zwangsmässige, das Parteiische in den Wahn-Ideen erklären kann; dazu bedarf es immer noch eines zweiten Factors, der in der gestörten Intelligenz, in dem gestörten Mechanismus der



Schlussfolgerung liegt. Die Empfindungen und die Angst und die Traurigkeit sind in der Dysthymia vielleicht ärger als in irgend einer Psychose und doch fehlen dort die Wahn-Ideen, weil der zweite Factor, der logische Apparat, nur quantitativ verändert, schwerfällig wirkt, nicht aber qualitativ, indem er das Unassociirbare associirt, zusammenreimt.

Ich sehe hier von den Hypothesen ab, durch welche die Entstehung der Wahn-Ideen den neuesten Ansichten in der Gehirn-Physiologie angepasst werden soll. Diese Hypothesen lassen sich durch die Beobachtung nicht erhärten oder widerlegen. Das Gesetz der Localisation wird, meiner Ansicht nach, übertrieben, wenn man sagt, gewisse Partien der Hirnrinde oder niedriger gelegener Schichten seien gereizt; die benachbarten Partien aber seien gemäss dem Gesetz der Hemmung in ihrer Function herabgesetzt resp. unterdrückt; sie könnten daher eine Correction der Wahn-Ideen nicht vermitteln. Die Beobachtung ergibt nicht, dass die Kranken unfähig sind, einen Einwurf zu verstehen; nur wird er widerlegt oder ganz vorübergehend acceptirt. Einen dunklen, todten Fleck finde ich bei ihnen nicht.

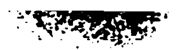
Vergleichen wir mit den obigen Kranken den Denkprocess specieller, wie er uns in der Dysthymia entgegentritt, so können wir hier den Faden, die Association verfolgen. Der Kranke verhält sich seinen Ideen gegenüber unsicher; gleichsam suchend, tastend, unter unsern Augen gelangt er zu seiner Meinung, die mehr wie eine Vermuthung imponirt; während eine Wahn-Idee immer fertig und vollendet uns entgegenspringt. Wenn ein Kranker sagt, er sei ein schlechter Mensch, er habe seine Pflichten vernachlässigt, alle Leute müssten ihn verachten, sein Zustand sei eine gerechte Strafe, Gott habe ihn verstossen u. dgl., so ist das ein Gedankengang, der uns relativ motivirt erscheint. Die Beklemmung und Angst und der wüste Kopf, alles das kennt jeder Gesunde nur als Folge-Erscheinung eines Fehltrittes oder als Vorboten einer herannahenden und sich ankündigenden Gefahr, eines Unglücks, einer Strafe. Wenn also der Kranke seine Phantasie zermartert und in dieser Richtung die Erklärung für seine Angst sucht, so ist das der Mechanismus des normalen Denkens und die Stimmung ist das Medium, durch welches der Verstand oder die Phantasie die Dinge und sich selbst trübe und gleichsam im Nebel sieht. Hier passt also augenscheinlich der Satz: An die Empfindung tritt die Vorstellung heran und gibt ihr eine sinnlich erkennbare Form; nicht aber für die melancholischen Wahn-Ideen. Hier scheiden sich deshalb auch die Wege und während die melancholischen Wahn-Ideen ohne Zügel und Controle zu Tobsucht oder Erstarrung führen können, schliesst sich an die Dysthymia keine neue Phase an.

Ich lasse nun einige Fälle meiner Beobachtung folgen. Es ist nur ein Theil aller derjenigen, die mir überhaupt bekannt geworden; aber viele entziehen sich bekanntlich der weiteren Beobachtung, über andere fehlen mir verbürgte Angaben in Bezug auf die Erblichkeit und die sonstigen Ursachen. Diese Kranken treten nur selten in Anstalten ein und gerade solche, die ich in der Anstalt beobachtet habe und noch beobachte, sind Leute aus dem einfachen Stande, deren Anamnese unzuverlässig ist.

Zunächst gebe ich die Geschichte eines Kranken, der vom 13. Februar 1877 bis zum 20. September 1878 in der Anstalt verpflegt wurde, über den ich aber auch später persönlich Nachrichten einziehen konnte.

I. Emil G., 27 Jahre alt, Franzose, Haarkünstler, unverheiratet. Nach den Angaben des Vaters soll die Krankheit vor circa 7 Monaten aufgetreten sein





Bemerkt wurden Traurigkeit, in sich gekehrtes, zerstreutes Wesen und Muthlosigkeit, besonders ausgesprochen während des Morgens und des Tages; gegen Abend fühlte er sich freier und erschien zuweilen ganz gesund. Der Kranke hielt sich für untauglich zu jeglicher Beschäftigung und wünschte sich den Tod. Er hat einige Selbstmordversuche gemacht. Im vierten Lebensjahre hatte er Dyphtheritis, im zehnten Fieber, im siebzehnten Typhus. Im Jahre 1874 hat er anhaltend an Hämorrhoiden und Schlaflosigkeit gelitten. Als nächste Ursache der Krankheit werden Enttäuschungen, ungenügende Mittel und daher die Unmöglichkeit zu heiraten angegeben. Der Grossvater hat sich das Leben genommen in Folge von häuslichem Unglück. Nach den Angaben des Kranken befindet sich seine Mutter in einem dem seinen ganz ähnlichen Zustande. Der intelligente Kranke hat selbst folgende Aufzeichnungen über seinen Zustand während seines Aufenthaltes in der Anstalt gemacht: Im Jahre 1874 verliess ich den Dienst im Militär mit der Absicht, ein junges Mädchen zu heiraten, dem ich seit zwei Jahren meine Liebe zugewendet hatte. Ich dachte von nun an beständig daran, mir eine gesicherte Existenz zu schaffen und widmete daher meine ganze Zeit unermüdlicher Arbeit und verlor jeden Sinn für Vergnügen und Zerstreuung. Ich arbeitete unter Sorgen und Zweifeln mit äusserster Anstrengung; allein meine Kraft fing an zu erlahmen und damit schwand jede Zuversicht und auch jede Aussicht auf Erfüllung meines Wunsches. Da ich noch irgend ein physisches Unwohlsein als Ursache meiner Muthlosigkeit vermuthete, so wollte ich mich davon befreien und begab mich in kalte Bäder und machte später Ausflüge auf's Land bis zum September 1876. Zu dieser Zeit wurde ich wieder zum Militär einberufen. Als ich nach Paris zurückkehrte, machte ich mich wieder an die Arbeit und wohnte ganz einsam in einem Zimmer. Damals begann der Zustand, in dem ich mich noch heute befinde. Sobald ich arbeiten wollte, stellte sich bei mir Schlafsucht ein und schlafen konnte ich gleichwohl nicht trotz vieler Versuche; zwang ich mich zur Arbeit, so gelang mir nichts. Da bemächtigte sich meiner Verzweiflung darüber, dass ich unfähig war, meinen Lebensunterhalt zu erwerben. Ich consultirte zwei Aerzte; beide sagten mir, ich sei Hypochonder und bedürfe der Zerstreuung Ich beschloss, zu meinen Eltern nach Petersburg zu reisen, in der Hoffnung, dass ihre Liebe mir mehr Muth einflössen werde. Einen Monat lang verheimlichte ich meinen Lebensüberdruss. Mein Vater bemerkte mein träges Arbeiten, meine Versuche, am Tage zu schlafen und glaubte, ich sei faul; machte mir aber keine Vorwürfe. Eines Abends nahm ich ihn bei Seite und erklärte ihm, dass er mein verändertes Benehmen bemerkt haben müsse; ich hätte keine Zukunft mehr und müsste sterben. Am Tage darauf gingen wir zum Arzt. Dieser sagte mir, dass nur meine eigene Willenskraft mir helfen könne und dass ich mich zur Arbeit zwingen müsse. Dasselbe sagte mir ein katholischer Priester. Ich kämpfte aus aller Kraft gegen meine Gedanken an; es wurde dabei aber noch schlimmer und das Resultat waren Anfälle, die ich nur unvollkommen schildern kann. Ich weiss nur, dass mein Kopf, meine Hände und Füsse kalt wurden und dass ich zu den Meinigen sagte: Wenn Ihr mich am Selbstmord verhindern wollt, so lasst mich allmälig einschlafen. Ich fühlte übrigens mein Herz heftig klopfen. — Nun folgte vollständige Gleichgiltigkeit gegen Alles; Musik, Theater, Promenaden erschienen mir traurig, meine Umgebung trübselig; das geringste Hinderniss bei der Arbeit erfüllte mich mit Furcht, jede Handlung, die ich



vornahm, erschien mir als die letzte meines Lebens. Meine Eltern sprachen mir von meiner Zukunft, meiner Rückkehr nach Frankreich; ich dachte und antwortete: „Ihr werdet wohl dahin zurückkehren, ich aber nicht." Wenn ich lesen wollte, waren meine Gedanken nicht bei dem Gegenstande, wenn ich arbeitete, bestürmten mich die traurigsten Ideen; ich sah mich alternd und des Nothwendigsten zum Leben entbehrend, ich sah meinen Vater und meine Mutter sterben und die Arbeit blieb ungethan. Da sagte ich mir, dass ich den Meinigen eine Last bin und dass nur mein Tod dieser elenden Lage ein Ende bereiten kann.

In dieser Anstalt bin ich eine Last der Gesellschaft, das ist ein neuer Vorwurf, den ich mir mache — denn ich thue nicht das, was ich thun sollte. Niemand ist schuld an meinem Zustande, ich bin immer meinen eigenen Inspirationen gefolgt; ich glaubte immer genug Willensstärke zu haben und doch fehlt mir dieselbe gänzlich. Wenn ich meine Vergangenheit überdenke, so ist das eine Reihe von Selbstvorwürfen.

Ich muss hier bekennen, dass ich Onanie getrieben habe, was vielleicht eine Ursache meiner Krankheit ist. Als Kind sah ich nicht die Folgen davon voraus, als Erwachsener setzte ich das Laster fort aus Blödigkeit vor dem weiblichen Geschlechte. Ich hatte achtungsvolle Scheu vor den anständigen Repräsentanten des weiblichen Geschlechts und dachte zu ihnen nur in Beziehung zu treten, um eine Gefährtin für's Leben und eine Familienmutter zu haben. Die öffentlichen Frauenzimmer hatten für mich nichts Anziehendes. Ungefähr im März oder April 1875 bemerkte ich zuerst unwillkürliche Samenverluste; ich erschrak und beschloss, die üble Gewohnheit aufzugeben; es gelang mir aber nur allmälig. Vor 8 Monaten ist es mir gelungen, dieselbe ganz abzulegen. Jedesmal, wenn ich von der erfolglosen Arbeit erschöpft war, zeigten sich Ejaculationen, zuweilen des Nachts und ohne Erectionen, häufiger nach dem Urinlassen. Vom October vorigen Jahres an brauchte ich dagegen kalte Lavements und darnach wurden die Samenverluste seltener.

Oefter, als ich sagen kann, denke ich mit Schmerz an meine Vergangenheit und schaudere vor der Zukunft. Ich bin ein Elender, ein Egoist und herzlos, denn all' das Elend und die Verzweiflung, in die mein Tod meine Eltern versetzen würde, vermag in mir nicht den Wunsch zum Leben hervorzurufen. Im Allgemeinen fühle ich weniger Traurigkeit des Morgens und des Abends. Die peinlichste und qualvollste Zeit des Tages habe ich nach Mittag von 4—6 oder 7 Uhr. Dann fühle ich mich fast plötzlich besser und zuweilen bin ich sogar heiter. So geht es schon lange und daher habe ich mir oft gesagt, ich sollte gar nicht essen, denn nach jeder Mahlzeit habe ich Beschwerden im Magen und ich fühle, dass die Speisen sich 4—5 Stunden lang unverdaut im Magen aufhalten und dennoch habe ich beständig Verlangen zu essen, zu trinken und zu rauchen, besonders aber zu essen. Die Selbstmordgedanken erscheinen nur nach Mittag.

So weit der Kranke. Die Untersuchung und Beobachtung im Hospitale ergab objectiv nichts Abnormes. Appetit und Schlaf gut. Die Antworten und Urtheile sind richtig und treffend, die Stimmung ist wechselnd, am schlechtesten nach Mittag. Am 26. Februar 1877 Versuch, sich zu erdrosseln. Verordnet wurde: Opii puri gr. β mit Magnesia usta, zweimal täglich. — Gar keine Aenderung, Stimmung sehr trübe, Lebensüberdruss. Im März einige Wochen lang Morph. aceticum gr. $^1/_4$ einmal täglich. Der Zustand blieb



unverändert. Am 5. April traten sehr starke Beängstigungen auf. Darauf verfiel er in einen scheinbar bewusstlosen Zustand; die Pupillen waren erweitert, das Gesicht geröthet; dabei reagirte er auf keine Anrede. Der ganze Körper wurde hin- und hergeworfen und nach verschiedenen Seiten verdreht; es waren sogenannte coordinirte Krämpfe. Der Anfall entsprach den bei Chorea major beobachteten hysterischen Krämpfen und dauerte einige Stunden. Darnach folgte grosse Erschöpfung und Schlaf und in den nächsten 4—5 Tagen relatives Wohlbefinden. Die Erinnerung an das Vergangene war lückenhaft; Anfangs hatten die traurigen Vorstellungen ihren Höhepunkt erreicht, von grosser Angst begleitet, dann waren schreckliche Visionen gefolgt. In der Nacht auf den 16. April erfolgte ein zweiter derartiger Anfall und darnach zwei Tage lang grosse Mattigkeit und Schlafsucht. Später sind diese Anfälle nicht wiedergekehrt. In den Sommermonaten wurden warme Bäder angewandt. Im August fühlte er sich eine Woche lang besser, dann folgten wieder stärkere Beängstigungen und häufiges Herzklopfen. Im September Zustand im Ganzen etwas ruhiger und nur dazwischen einige Tage lang Angst, allgemeines Zittern, Schlaflosigkeit und traurige Stimmung. So ging es bis zum December fort. Ende December wurde verordnet: Kalium bromatum mit Ammonium bromatum aa. ℥ β ad ℥vι Wasser, dreimal täglich 1 Esslöffel. Im Januar fing er an, deutliche Erleichterung zu fühlen und die ruhige Stimmung blieb andauernd. Mitte April erst wurde der Gebrauch des Mittels ausgesetzt und darnach trat wieder Verschlimmerung ein. Im Mai wieder Gebrauch von einem Esslöffel täglich und wieder Beruhigung. Im August ging er für einige Wochen nach Hause und da er sich bedeutend wohler fühlte, am 20. September aus der Anstalt entlassen. Im April 1879 sah ich den Kranken und erfuhr von ihm, dass er seit seiner Entlassung im Stande sei, zu arbeiten. Die quälenden Gedanken suchten ihn seltener und in schwächerem Grade heim; er hatte dann selbst wieder zur verordneten Arznei gegriffen und sich bald Erleichterung verschafft.

II. Lydia Tsch., Gouvernante, Russin, 28 Jahre alt, meldete sich in die Ambulanz der Maximilianischen Anstalt am 27. März 1879. Die allgemeine Ernährung ist gut, das Gesicht geröthet; der Gesichtsausdruck ernst und traurig; Puls regelmässig, 72 Schläge in der Minute. Die Patientin hat einen Bruder in der Nicolai-Irrenanstalt; er steht gleichfalls in meiner Behandlung und leidet an chronischer primärer Verrücktheit. Ein anderer Bruder ist nach seiner Angabe nervös und macht einen melancholischen Eindruck. Die Eltern sollen immer gesund gewesen sein, der Vater ist todt. Die Kranke L. Tsch. klagt über vage Schmerzen in einer Seite, in der Brust oder Magengrube und über Schmerz, Druck und Schwere im Kopf. Das Denken fällt ihr schwer, sie hat das Gefühl, als wenn ein fremder Körper in der Stirn sie daran hindere. Sie ist immer traurig, weint oft und empfindet fortwährend Angst. Sie meint, sie müsse den Verstand verlieren, das Gedächtniss sei schon bedeutend geschwächt. Fürchterliche Gedanken überfallen sie oft und das Leben ist ihr zur Last geworden. Beständig treibt eine unerklärliche Unruhe sie umher und es leidet sie an keiner Stelle. Der Schlaf ist unruhig, die Verdauung träge, der Appetit ziemlich gut. Das Leiden dauert wenigstens schon einige Monate. Verordnetwurde ein leichtes Abführmittel, warme, feuchte Einwicklungen des Unterleibes zur Nacht und Kalium und Ammonium bromatum aa. ℥β ad. ℥vι Wasser, dreimal täglich 1 Esslöffel.



Am 6. April meldet sie sich wieder und berichtet, die Schmerzen seien etwas geringer, der Schlaf besser, ihre Hoffnungslosigkeit aber und die Gedanken dieselben.

Am 10. April. Sie hat jetzt eine wahre Schlafsucht nnd grosse Abgeschlagenheit. Die Traurigkeit ist etwas geringer.

Darauf kommt sie erst wieder am 8. Juni. Sie hat nicht regelmässig gebraucht. Der Zustand ist wechselnd, nur der Schlaf durchaus besser.

Am 12. Juni: Sie leidet mehr an Apathie als Unruhe. Schlaf gut, sie fühlt sich aber darnach nicht erfrischt. Im Ganzen ist der Zustand, ihrer Meinung nach, bedeutend besser. Sie geht auf's Land.

Am 28. Juli schildert sie ihren Zustand brieflich folgendermassen: Als ich zuletzt bei Ihnen war, habe ich Vieles mitzutheilen vergessen. Ich hole das jetzt nach. Mein Schlaf ist fest, allein ich träume oft. Der Appetit ist gut. Schmerzen empfinde ich noch immer in der linken Seite und zwar auf verschiedene Anlässe hin, sowohl wenn ich mich dem Winde oder der Kälte aussetze, als auch, wenn mich etwas gemüthlich aufregt. Seltener sind die Schmerzen in der Brust und im Unterleibe. Im Kopf habe ich noch zuweilen das Gefühl von Schwere und namentlich fühle ich dann einen Druck über den Augen und das hindert mich zu denken und mich an Vergangenes zu erinnern. Ich sehe oft gut; zuweilen aber noch wie im Nebel. Mit meiner Beschäftigung (ich ertheile wieder Unterricht), geht es noch ziemlich schlecht. Ich fange z. B. etwas an und lasse es liegen, ich greife zu etwas Zweitem und gebe auch das wieder auf und wie mir scheint, geschieht das deshalb, weil ich vergesse, dass ich schon Eines angefangen hatte. Ich will etwas thun und vergesse, was es war, und irre im Zimmer umher, um mich zu besinnen. Ich frage oft mehrere Male um dasselbe, weil ich es wieder vergesse. Mein Gemüthszustand ist folgender: Zeitweilig bin ich heiter und dann werde ich plötzlich schweigsam und traurig und weine. Zuweilen bin ich reizbar und launisch, nichts ist mir recht und das Geringste bringt mich ausser Fassung. Es kommen mir noch immer schreckliche Gedanken, die mich in Furcht versetzen. Zuweilen ertappe ich mich darüber, dass ich laut meine Gedanken ausspreche, ja zuweilen höre ich meinen Namen rufen, ohne dass Jemand in der Nähe ist. Ich verspreche mich häufig und sage das Gegentheil von dem, was ich sagen wollte. Ich spreche zuweilen ganz leise und glaube doch laut zu sprechen. Für fremden Kummer bin ich zeitweilig theilnehmend und kann manchmal deshalb die Nacht nicht schlafen, dann wieder bin ich stumpf für fremde Angelegenheiten.

Am 28. August berichtet Patientin wieder persönlich. Sie hat sich die letzte Zeit auf dem Lande recht wohl gefühlt und die Beschäftigung fiel ihr nicht so schwer. Das verordnete Mittel hat sie schon längst ausgesetzt. In der Stadt zeigen sich wieder einige der alten Beschwerden. Derselbe Zustand hält noch am 4. September an. — Leider kann ich diesen Fall also nicht zu Ende berichten, doch befindet sich die Kranke augenscheinlich in der Genesung.

III. Im December 1875 besuchte ich einen Prediger in einer Provinzialstadt, einen Mann von etwa 45 Jahren. Derselbe war seit circa einem Jahre krank. Er klagte über Schwere und Eingenommenheit des Kopfes, über Unfähigkeit zu jeder Arbeit und fast vollständige Schlaflosigkeit. Der Gesichtsausdruck war düster und eine Flut von Selbstvorwürfen und Gewissens-



bissen folterte ihn unaufhörlich. Das Wesen seines Leidens sah er in seinem Abfalle vom rechten Glauben. Er meinte, sein Gemüth sei dadurch verstockt und verhärtet, alle christlichen Wahrheiten und Gebote liessen ihn kalt, mit einem Worte der Böse habe von seiner Seele Besitz ergriffen. Er sagte, er erkenne die Wahrheit gleichsam nur historisch und sei nicht mehr im Stande, sie mit dem Herzen zu ergreifen. Die Idee, es könne ein physisches Leiden dem zu Grunde liegen, wies er weit von sich, indem er nichts dergleichen an sich wahrnahm. Er entdeckte nur eine Kette von moralischen Ursachen an sich. Er theilte freilich mit, dass er schon als Student eine Periode von Trübsinn und erschwertem Denken während einiger Semester durchgemacht; in dem damaligen Zustande habe er nur mit der grössten Ueberwindung arbeiten können. — Landaufenthalt, eine Reise in's Ausland hatten nichts an dem Zustande zu ändern vermocht. Ich verordnete ihm nur einen feuchten Gürtel zur Nacht. Seitdem habe ich in längeren Perioden Nachrichten über den Kranken erhalten. Mehr als ein halbes Jahr nach meinem Besuche hielt der Zustand unverändert an; dann schwand er und seit dem Herbst 1876 steht er seinem Amte wieder vor in gewohnter Weise.

IV. Ein hiesiger Kaufmann, 50 Jahre alt, hatte schon in früheren Jahren hin und wieder eine leichte Gemüthsverstimmung mit hypochondrischer Färbung dargeboten. Nach kurzer Zeit hatten sie wieder seiner natürlichen, überaus heiteren Stimmung Platz gemacht. Im Frühling 1876 trat dieses Leiden dauernd auf. Der Kranke wurde mager, blass, sein Gesichtsausdruck trübe. — Bei der ersten Untersuchung, Anfangs Mai, fiel an ihm leichter Strabismus auf dem rechten Auge auf, die Zunge belegt, wich etwas nach rechts ab, die rechte Gesichtshälfte war etwas schwächer innervirt. Auf der linken vorderen Thoraxwand über dem m. pectoralis major eine grosse Narbe nach einem exstirpirten Lipom. Der Kranke klagte über häufig krampfhafte, ziehende Schmerzen in der Narbe, die namentlich nach reichlichen Mahlzeiten lebhaft werden sollten, ferner über Schwere und Eingenommenheit des Kopfes, taubes Gefühl in den Händen, Steifigkeit und Ungelenkigkeit der Hände und Füsse. Die Haut am ganzen Körper war trocken und spröde. Die Verdauung war träge, Appetit gut, Schlaf unruhig, fehlte nicht. Ausser den körperlichen Beschwerden machte Patient sich über alles Denkbare Sorgen, er behauptete, er könne seinem grossen Geschäft nicht mehr vorstehen, er habe kein Gedächtniss mehr (er hatte zu der Zeit einen ganz guten Ueberblick über den Stand des Geschäftes), sein Geschäftsführer sei zwar sehr gut, aber alt, und wenn der stürbe, so müsse das Geschäft zu Grunde gehen.

Seine Sorgen erstreckten sich auf Alles, was ihn und seine Familie anging und die Gegenstände seiner Klagen und seines Jammers waren wechselnd und mannigfaltig. Sein erwachsener Sohn stand im Begriff, sich seinen Lebensberuf zu wählen; er wollte sich der Musik widmen; der Vater wünschte, dass er sich dem Kaufmannsstande widme. Seine Pferde standen unbenutzt; er quälte sich darüber, dass sie steif werden würden; es würde ein grosser Verlust sein etc. Durch die fortwährenden Klagen redete er sich selbst in immer grössere Aufregung hinein. Es gab dazwischen Stunden und auch Tage, wo er sich ruhiger fühlte, wenngleich er selbst das nicht zugeben wollte. Anfangs Juni reiste er in den Harz und liess sich dort behandeln, kehrte aber im August in demselben Zustande zurück. Er hatte manche Fusstouren gemacht und seine Begleiter fanden ihn rüstig und ausdauernd,





er aber meinte, seine Kräfte nähmen sichtlich ab. Verordnet wurde ihm nichts ausser leichten Abführmitteln. Im Herbst dachte er öfter an Selbstmord, wenn er dem Fluss entlang ging. Am 14. December machte er wirklich einen Selbstmordversuch; er brachte sich einen Schnitt am Halse und einen an der Volarfläche des linken Handgelenks bei. Es war keine Arterie verletzt, der Blutverlust aber sehr gross. Der Gemüthszustand blieb nach diesem Vorfall derselbe wie vor demselben. Als die Wunden im Verheilen waren, wurde er in eine Irrenanstalt ausserhalb Petersburg gebracht. Weder gleich nach dem Blutverluste und der begleitenden Gemüthserschütterung, noch auch später in der Anstalt sind an ihm Delirien oder Hallucinationen beobachtet worden. Dieselben Sorgen, dieselbe traurige Verstimmung beherrschten ihn noch im Januar und Februar. Im März wurde die Besserung sichtlich. Im April ging er nach Oeynhausen auf den Rath des Anstaltsarztes und kehrte von da im Herbste 1877 genesen zurück. Die Vertaubung der Extremitäten war und blieb vorhanden, er klagte darüber, aber sein Gemüthszustand wurde dadurch nicht alterirt. Er lebt gesellig wie vor seiner Krankheit und nimmt namentlich regen Antheil am Kunstleben Petersburgs.

Anzuführen ist noch, dass sein verstorbener Vater nach den Angaben zeitweilig an „hypochondrischer" Verstimmung gelitten hat, die seine sonstige Energie lähmte.

V. Am 27. März 1878 wurde ich zu einem Mitgliede der hiesigen Akademie der Wissenschaften gerufen, einem Manne von 74 Jahren. Seit einigen Wochen war er krank. Der Ernährungs- und Kräftezustand war gut, der Gesichtsausdruck tiefernst und traurig und unbeweglich. Der Puls etwas unregelmässig, nicht beschleunigt, die Verdauung regelmässig, der Schlaf sehr schlecht. Er sprach in klarer, objectiver Weise über seinen Zustand; jedoch mit einigem Rückhalt. Er erzählte, dass er sich schon zweimal in seinem Leben in einem ähnlichen Zustande befunden habe. Zum letzten Male vor zwei Jahren. Damals hat er sich selbst in die Görlitzer Irrenanstalt begeben und ist nach zwei Monaten gebessert entlassen worden. Später hatte er seine volle Gesundheit wieder erlangt. Gegenwärtig hat er sich durch wissenschaftliche Arbeiten übermässig angestrengt; ausserdem war sein erwachsener Sohn kürzlich ertrunken. Er sagte, seine Nerven befänden sich in einem fürchterlich überreizten Zustande. Ohne näher auf den Inhalt einzugehen, gab er an, dass ihn Tag und Nacht schreckliche Gedanken quälten, namentlich Selbstvorwürfe. Er meinte, er sei an dem Leiden seiner Frau schuld (dieselbe ist seit Jahrzehnten krank und lebt getrennt vom Manne). Gegenwärtig richte er seine Töchter und seinen Sohn zu Grunde. In der Nacht besonders sei die Angst fürchterlich, so dass er zuweilen aus dem Bette aufgesprungen und in das andere Zimmer gelaufen war. Sobald er sich selbst überlassen bleibe, habe er schreckliche Pisionen; noch bewahre er sein Bewusstsein, aber jeden Augenblick erwarte er den Ausbruch von Wahnsinn. Selbstmordgedanken wollte er nicht haben. Ich sagte den Angehörigen damals, wie in allen ähnlichen Fällen, dass er sein Bewusstsein nicht verlieren würde und verordnete Infus. Valerian ξνι mit Kalium und Ammonium bromatum, aa. ξβ. Der Kranke fühlte sich unter dem Gebrauch die nächsten Tage ruhiger, doch schlief er zu viel; ausserdem fühlte er sich sehr matt.

Es musste also das Mittel ausgesetzt werden. Darnach trat wieder die Aufregung mehr hervor. Schon nach 13 Tagen, am 8. Juni, verliess Patient



Petersburg und ging an den livländischen Seestrand. Durch Nachrichten aus guter Quelle weiss ich, dass der Zustand während des Sommers der gleiche blieb. Im September oder October trat etwas Erleichterung ein; er verbrachte den Winter in einer Universitätsstadt und fing an, Umgang zu pflegen und zu correspondiren. Seit dem Frühling ist er geistig wieder ganz rüstig und beschäftigt sich wissenschaftlich.

Zu erwähnen ist noch, dass der Sohn, ein etwa 40jähriger Mann, im Jahre 1877 einen apoplectiformen Anfall erlitt, Bewusstlosigkeit, Convulsionen, darnach einige Stunden lang Aphasie und leichte Parese rechterseits. Seither hat der Anfall keine weiteren Folgen gehabt. Gegenwärtig ist eine Tochter in Folge von Gemüthserschütterung „gemüthskrank". Etwas Näheres weiss ich über ihren Zustand nicht, da sie bei Verwandten auf dem Lande lebt.

VI. Am 5. Juli 1878 sah ich eine ältere Dame, eine Engländerin, die schon zum dritten Male in ihrem Leben sich in dem gleichen Zustande befand. In Folge eines Kummers klagte sie seit dem Mai über Schwere und Eingenommenheit des Kopfes und dadurch erschwertes Denken und über tiefe Traurigkeit und Angst. Alles um sie her schien ihr verändert, nichts interessirte sie, für ihre Verwandten glaubte sie keine Liebe mehr zu empfinden. Sie konnte nicht lesen, nicht arbeiten. Ausserdem litt sie an Schlaflosigkeit und Obstipation. Die Verordnung war die gleiche wie in den obigen Fällen; ausserdem ein leichtes Abführmittel und warme Bäder. Zum zweiten Male sah ich sie am 19. Juli und zum dritten Male am 27. Juli. Sie fühlte sich ruhiger. Später habe ich sie nicht mehr gesehen, jedoch vom behandelnden Arzte erfahren, dass sie im Winter genesen ist, nachdem derselbe Zustand den Herbst über angehalten hat. Ferner habe ich erfahren, dass eine ihrer Töchter etwas später als die Mutter in derselben Weise erkrankt und einige Zeit früher als die Mutter genesen sei.

VII. Ich führe hier ferner eine Dame an, die ich seit 7 Jahren kenne. Sie hat eine sehr zahlreiche Familie, darunter ein idiotisches Kind mit Microcephalie. Diese Frau leidet häufig, gewöhnlich einige Monate lang, an Dysthymia. Zuerst sah ich sie in diesem Zustande im März 1872. Sie klagte, dass ihr Alles gleichgiltig sei, dass sie keine Freude am Leben habe. Sie glaubte zu bemerken, dass ihre Geistesfähigkeiten schwänden. Während der schlimmsten Stunden empfand sie Todesfurcht. Seither habe ich sie sowohl in gesundem als in krankem Zustande gesehen. Im Sommer 1878 machte sie wieder eine recht schlimme Zeit durch und sah damals zugleich in kurzer Zeit ihrer Entbindung entgegen. Durch Kalium und Ammonium bromatum wurden ihre Leiden auf einen erträglichen Grad herabgedrückt. Die Entbindung hatte keinen Einfluss auf den Gemüthszustand. Die Genesung erfolgte geraume Zeit darnach. Diese Frau zeigte mir bei einer früheren Gelegenheit einen 11—12jährigen Sohn und berichtete, dass derselbe sich zeitweilig in einem dem ihrigen analogen Zustande befinde. Dann ist er still und in sich gekehrt und das Lernen fällt ihm schwer, während er sonst heiter und gut begabt ist, wie die übrigen Kinder. — Der Knabe selbst vermochte keine genaueren Angaben zu machen.

VIII. Ein hiesiger Arzt, etwa 50 Jahre alt, wandte sich in den letzten Tagen des November 1878 an mich um Rath. Er hatte den letzten Feldzug mitgemacht und mehrere Monate am Typhus exanthematicus und seinen Folgen (schwerer Decubitus) darniedergelegen. Die Reconvalescenz war nicht



vollständig, allgemeine Schwäche und Mattigkeit, eingenommener Kopf, Unfähigkeit zu arbeiten, wichen durch mehrere Monate hindurch nicht und nahmen sogar immer zu. Er sah elend aus, der Gesichtsausdruck war überaus ernst und traurig; er war schweigsam und wortkarg, während er von Natur heiter war. Er klagte über seine Muthlosigkeit und Reizbarkeit und die Unfähigkeit, seine Gedanken zusammenzuhalten und zu ordnen. Er hing seinen trüben Gedanken während einer Beschäftigung, eines Spazierganges so sehr nach, dass er, seine Situation und Umgebung vergessend, halblaut zu sprechen oder zu singen anfing. Es mangelte ihm gänzlich an der Energie, zu einem Entschluss zu kommen, und das kleinste Hinderniss erschien ihm unüberwindlich. Die Furcht, den Verstand zu verlieren, beherrschte ihn beständig und mit der grössten Anstrengung schleppte er sich zu einigen Kranken hin, die er zu besorgen hatte. Der Schlaf war schlecht, unruhig und nicht anhaltend. Im Kopfe hatte er ein Gefühl von Spannung und die Verdauung war schlecht, bald Obstipation, bald Diarrhoe. Vor mehreren Jahren hatte sich Patient, in Folge einer überstandenen Dyphtheritis, wie er meint, in dem gleichen Zustande befunden. Die Schwester des Kranken habe ich vor etwa 10 Jahren ganz an derselben Form leidend beobachten können. Auch sie war schon früher einmal gemüthskrank gewesen und in Winnenthal behandelt worden.

Der Gebrauch von Kalium und Ammonium bromatum brachte öfter zeitweilige Erleichterung. Die Gedanken quälten und beherrschten den Kranken weniger, er konnte, wenn auch mit Mühe, seinen Hospitalverpflichtungen nachkommen. Erst im April und Mai wurde Patient mobiler und liess sich zu Ausflügen und Gesellschaften bewegen. Ganz allmälig trat die Besserung ein und die vollständige Euphorie erfolgte erst im Juli 1879.

Ich kenne noch viele Kranke dieser Art; theils aber fehlen mir bei ihnen sichere Daten in Bezug auf die Ursache und die Erblichkeitsverhältnisse, theils stehen sie noch in Behandlung und es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob sie nicht doch noch mit der Zeit in eine andere, schwerere Psychose übergehen werden? Diese Kranken treten selten in die bestehenden Irrenanstalten ein. Die Ueberwachung zu Hause aber ist ungenügend und aufreibend. Drei Patienten dieser Art habe ich durch Selbstmord verloren, weil sie nicht in die Anstalt abgegeben wurden. Diese Erfahrungen sind es, die mich immer wieder zur Ansicht geführt haben, dass Anstalten ohne störende und delirirende Kranke ein Bedürfniss sind, weil ihnen das Odium fehlt, sowohl von Seiten der Verwandten als auch der Kranken selbst.

Es ist in letzter Zeit viel die Rede gewesen von der sogenannten Maladie du doute. Sie ist von einigen Autoren zur primären Verrücktheit gestellt worden, von anderen als selbstständige Form anerkannt, die in keine andere übergeht. Meiner Ansicht nach haben die letzteren Autoren unzweifelhaft Recht. Ich finde zwischen ihr und der Dysthymia einige Verwandtschaft. Die Zwangsvorstellungen *) sind beiden gemeinsam, ebenso die

*) Wenn hier von Zwangsvorstellungen allgemein gesprochen wird, so muss doch bemerkt werden, dass auch die Wahn-Ideen als Zwangsvorstellungen charakterisirt worden sind, z. B. von Hagen. Es ist nun wohl auf den ersten Blick klar, dass hier nicht ein und dasselbe, sondern sehr Verschiedenartiges darunter verstanden wird. In der Zweifelsucht klagen die Kranken, dass die Gedanken sich ihnen aufdrängen; bei den Wahnsinnsformen beurtheilen sie dieses Verhältniss nicht objectiv. Es würde

richtige, objective Würdigung ihres Leidens. Wahn-Ideen fehlen beiden, die begleitenden Sensationen sind sehr ähnlich. Das ewige Grübeln, Zweifeln, Fragen ist nur eine Aeusserungsweise desselben inneren Zustandes der Unsicherheit und Energielosigkeit und des erschwerten Denkprocesses. Die Grübelsucht ist meiner Ansicht nach nur die chronischste Abart der Dysthymia; gleichwie ich in meiner Arbeit über die Classification der Geisteskrankheiten die Folie raisonnante und die Querulanten als die chronischste Abart der reinen Manie hinstellen zu dürfen glaubte. Beiläufig führe ich an, dass Krafft-Ebing Bromkali in grossen Gaben bei der Grübelsucht bewährt gefunden hat.

Zum Schluss erlaube ich mir folgende Sätze als das Resultat meiner Erfahrungen in Betreff der Dysthymia hinzustellen:

1. Die Dysthymia ist ein Krankheitsbild sui generis, das heisst sie geht nicht in andere Psychosen über; sie bewahrt ihren Charakter bis an's Ende.

2. Selbst starke Gemüths-Erschütterungen und Aufregungen (missglückter Selbstmordversuch, Erkrankung der nächsten Angehörigen) und ebenso sogar in die Oekonomie des Stoffwechsels eingreifende Acte und Processe (grosser Blutverlust, Niederkunft) sind nicht im Stande, bei diesen Kranken Delirien und Hallucinationen hervorzurufen. Die Gehirne dieser Kranken haben nicht die Neigung, das Bewusstsein oder die Besonnenheit zu verlieren.

3. Es ist mir kein Fall bekannt geworden, wo auf einen Anfall von Dysthymia nach Verlauf einer kürzeren oder längeren Periode von Gesundheit eine andere Psychose, oder umgekehrt, dass auf eine complexere Psychose nach einem gesunden Intervall eine Dysthymia gefolgt wäre. (In der circulären Geisteskrankheit schliesst sich an eine reine Dysthymia unmittelbar die andere Phase an oder wenigstens sehr bald.)

4. Unter den Eltern, Geschwistern oder Kindern dieser Kranken tritt mit Vorliebe wieder die Dysthymia auf; viel seltener eine andere Psychose.

5. Diese Kranken sollten ganz allein in offene Curanstalten aufgenommen werden. Sie bedürfen nur der Ueberwachung zur Verhütung des Selbstmordes.

Gerichtsärztliches Gutachten*)

der Professoren

Tommasi, Verga, Biffi, Buonomo, Tamburini

über den Geisteszustand des Giovanni Passanante.

(Versuchter Königsmord.)

Berichterstatter: Professor Tamburini.

Die greuliche That vom 17. November dürfte leider Jedem bekannt sein. Deren Anstifter, Giovanni Passanante, unmittelbar darauf aufgegriffen, über die Motive seiner Greuelthat befragt, und ob er etwa der Betraute einer

zu weit führen, wenn ich hier nochmals auf den radicalen Unterschied hinweisen wollte, der zwischen einer perfecten Wahn-Idee besteht und einer sich immer wieder aufdrängenden und immer wieder abgewiesenen oder gar verabscheuten Idee, wie bei der Dysthymia und bei der Grübelsucht.

*) Uns vom Herrn Verfasser freundlichst übersendet. D. Red.



geheimen Gesellschaft sei, antwortet mit fester Stimme Folgendes: „Ich habe „weder jemals einer Secte angehört, noch gehöre ich jetzt einer solchen an; „ich verachte die Internationalen und die sogenannten Communisten; mein „Ideal ist die universelle Republik; ich habe nie den geringsten Hass gegen „König Humbert genährt, mein Hass ist principiell gegen alle Könige gerichtet, „da ich die Verwirklichung der universellen Republik will." Auf ganz gleiche Art brachte er alle seine Antworten auf die an ihn gerichteten Fragen vor, auf gleiche Art lauten seine Schriften, welche in seiner Wohnung in Neapel und in Salvia gefunden wurden. Aus den Nachforschungen über seine Antecedenzien, aus seinen Schriften und Gesprächen argumentirend, glaubte sich die Vertheidigung das Recht erworben zu haben, seinen Geisteszustand anzuzweifeln, indem sie die Behauptung aufstellte, dass er an einem mit Hallucinationen begonnenen und in chronische Lypemanie übergegangenen Irrsinn leide. Dies ist der Grund, warum wir hieher berufen wurden, um uns sowohl über den gegenwärtigen Geisteszustand des Passanante als über jenen während der That auszusprechen. Demgemäss war es unsere Pflicht, seinen ganzen Lebenslauf zu durchforschen, um zu eruiren, ob in diesem Ereignisse vorgekommen, welche auf einen krankhaften Geisteszustand hindeuten. Wir prüften sofort genau alle seine psychischen Thätigkeiten sowie physischen Functionen, um die Elemente zur Beurtheilung der vorhandenen oder der nicht vorhandenen Integrität jener Organe und Functionen, welche directen oder indirecten Bezug auf den Gedanken haben, zu sammeln.

Anamnese.

Giovanni Passanante aus Salvia (Potenza) gebürtig, ist 29 Jahre alt, stammt aus einer Familie, deren Angehörige sämmtlich sehr in der Bildung zurückgeblieben sind, welche nur eine armselige Hütte besitzt und das Leben dürftiger Landleute führt. In ihr sind nie, weder in aufsteigender Linie noch in einer ihrer Nebenlinien, Geisteskrankheit, Epilepsie oder andere Nervenkrankheiten (oder Alcoholismus) vorgekommen.

Die ersten Jahre seines Lebens bieten nichts Wichtiges; im Jünglingsalter erlernte er erst das Schreiben und Lesen; zuerst wurde er Schafhirt, dann Hausdiener*). Das erste Mal, dass wir ihn mit der Gerechtigkeit in Conflict kommen sehen, ist das Jahr 1870 zu Salerno, wo er sich durch Affichirung von aufrührerischen Aufrufen, mit der festen Absicht, die Umwandlung der bestehenden Regierungsform in eine universelle Republik anzustreben, hervorthat**). Er zog sich dadurch eine Kerkerstrafe von 3 Jahren zu; nach Verlauf von drei Monaten wurde ihm aber zeitweilige Freiheit gegeben und später, Dank der Amnestie vom 9. October 1870, wurde er von einer weiteren strafrechtlichen Untersuchung freigesprochen.

Von dieser Zeit an datiren einige seiner Schriften, welche behufs Prüfung uns vorliegen, und zwar: Ein Bruchstück eines Statuts für eine geheime Gesellschaft und eine Art Aufforderung, selbe ins Leben treten zu lassen. In ihr

*) Einer seiner ersten Dienstgeber, welcher ihn als Jüngling einige Jahre bei sich behielt, liess ihm Unterricht ertheilen; es war ein Ex-Capitän, der unter Napoleon gedient hatte und für die Principien und Ereignisse der französischen Revolution so enthusiasmirt war, dass Passanante von diesem die ersten revolutionären Ideen und Tendenzen eingeflösst bekommen haben dürfte.

**) Dies geschah gleichzeitig mit den revolutionären Bewegungen in Calabrien und in der Romagna.



erkennt man einen von revolutionären Ideen durchfurchten Geist, welche Ideen er, wie er selbst angibt, aus der Lecture von Mazzini'schen Werken, von republikanischen Journalen und aus Reden seiner, solche Ideen verbreitenden Freunde geschöpft hatte.

Nach seiner Freilassung kehrt er nach Salerno zu seiner Familie zurück und verbleibt dort einige Monate. Bei seiner Abreise hinterlässt er einige Schriftstücke, unter welchen sich ein Brief vom 19. März 1871, Garibaldi und Mazzini zu Ehren geschrieben, befindet. Auch hier treten zwei Dinge klar zu Tage, nämlich der Enthusiasmus für jene zwei Anführer der italienischen Revolution, insbesondere aber für Ersteren, dessen Heldenmuth er besonders rühmt, und die Erbitterung gegen alle jene Theilnehmer an den früheren Revolutionen, welche, wie er sagt, nichts bewirkten, als dass sie, die Gelegenheit ausnützend, sich bereicherten und emporstiegen. Auf einigen Blättern, welche in diesem Schriftstücke in bianco geblieben sind, stehen einige mit Bleistift geschriebene Randbemerkungen, welche die Worte: Gerechtigkeit, Waffen, Presse, Reform etc. enthielten und von ihm hingeschrieben zu sein scheinen, als ob er damit die Ideenfolge zu fixiren trachtete. Alles dies macht wohl die in ihm vorwiegenden und heutzutage sehr verbreiteten Ideen ersichtlich, aber es zeigt nichts Krankhaftes.

In diese Zeit fällt auch eine Schrift wie ein Testament, welche ebenfalls vorliegt. Er hinterlässt im Todesfalle seinen väterlichen Theil der Mutter und nach ihrem Tode den Brüdern Peter, Josef und seiner Schwester Beatrix. Als wir ihn fragten, wie er so jung und mit so geringem Erbtheile Testament zu machen gedenken konnte, antwortete er, er habe es nur gethan, um eventuell Frieden zu stiften zwischen den Brüdern, Schwägern und der Mutter, welche fortwährend Streitigkeiten unter sich haben.

Von Salerno weg geht er nach Potenza, wo er bald dies bald jenes anfängt, einen Dienstort nach dem andern verlässt, „um ein besseres Los zu suchen". Nach Aussage des Polizei-Inspectors jenes Ortes verbrachte er die meiste Zeit, anstatt sich mit seinen Beschäftigungen abzugeben, mit Lesen von Journalen, benahm sich unfolgsam und keck gegen seine Herren, so dass alle nach der Reihe ihn entliessen. — Im Jahre 1874 wurde er gelegentlich eines republikanischen Congresses in seinem Gasthause polizeilich durchsucht.

Von dort geht er über Neapel nach Salerno, wo er im November 1875 bei den Besitzern der Weberei „degli Svizzeri" den Dienst eines Koches antritt. Gleich darauf trat er in den Arbeiterverein von Pelligna ein, und es scheint, dass er, so wie er selbst behauptet, durch seinen Charakter, seine Kenntnisse und durch seine besonderen Fähigkeiten einen gewissen Einfluss unter seinen Lebensgenossen erlangte, denn als er in jenen Verein eintrat, gab es, wie er aussagt, nur 80 Mitglieder, in kurzer Zeit darauf aber durch seine Reclame schon 200, und in einer constituirenden Versammlung behufs Präsidentenwahl bekam er den Vorsitz. Im December 1877 sehen wir ihn als Geschäftscompagnon des Savarese und Mitinhaber einer Weinstube zu Salerno. Nicht lange dauerte es aber, dass der Verein, nach der Meinung Passanante's, wegen der zu grossen Eigennützigkeit des Savarese, nach der Meinung Savarese's aber wegen der zu grossen Freigebigkeit des Passanante gegen seine Freunde, sich auflöste.

Im Juni 1878 kommt er nach Neapel, wo er in fünf Monaten wenigstens vier Dienste nach einander wechselt. Seine Quartiergeber erzählen, dass er sich immer gut und wie ein gebildeter Mensch benahm und keines seiner



Geheimnisse gerieth in die Oeffentlichkeit. Er kam Abends immer gegen acht Uhr nach Hause, conversirte mit ihnen und gab märchenhafte Erzählungen, welche sie auf das beste unterhielten, zum Besten.

Nun kommen wir zum 17. November:

Die Hausleute geben an, dass er an diesem Tage sehr früh ausging, bald darauf zurückkehrte, um sich umzukleiden, und Niemandem sagte, wohin er gehe. Was that er in den Stunden vor dem Attentate? — Wir wissen es nicht; er sagt, dass er seine frühere Jacke verkauft habe, um das Messer zu kaufen, was aber nicht wahr ist. Gewiss ist es, dass er gegen 12 Uhr zu einem Messerschmied ging, dort (in piazza francese) ein Messer „zum Ausbeinen"*) mit festem Griffe, einschneidig, aber schmal und scharf, kaufte. Der Verkäufer sagt aus, dass er verschiedene Messer besichtigte, die Spitze genau prüfte und sich mit keinem zufrieden geben wollte, da sie zu wenig geschliffen seien, bis er endlich eines wählte und hinzufügte, dass er es noch schleifen lassen müsse, da es zu wenig scharf sei. Kurz vor 2 Uhr, d. h. kurz vor der Ankunft der Majestäten, begegnete ihm der junge Sohn der Hausfrau in Carriera grande, wo er stehen geblieben war; er fragte ihn, was er da mache, worauf er ihm erwiderte, dass er den König vorüberziehen sehen wolle.

In seinem Benehmen vor dem Attentate finden wir bei ihm die grösste Ruhe und Gelassenheit; man würde es nicht glauben, dass er sich mit dem Gedanken abgab, ein so fürchterliches Verbrechen zu vollführen.

Endlich naht der Festzug inmitten enthusiastischer Zurufe des umstehenden Volkes heran. Passanante, welcher sich auf der rechten Seite des Hofwagens befand, drängt sich plötzlich durch die Menge, zieht ein breites rothes Fähnchen aus der Tasche, auf welchem geschrieben steht: „Tod dem Könige, es lebe die universelle Republik, es lebe Orsini!" und zugleich ergreift er mit der rechten Hand das Messer, stürzt sich auf den königlichen Wagen mit den Worten: „Es lebe Orsini, es lebe die universelle Republik!" und führt einige Stiche gegen die geweihte Person des Königs. Zum grössten Glücke der ganzen Nation trafen sie nicht. — Der Conseilspräsident packt den Mörder bei den Haaren, dieser wehrt sich, um sich schlagend, und verwundet ihn am linken Schenkel; aber schon trifft ihn ein Kürassier am Haupte, Andere springen herbei, und mit Mühe der Wuth des Volkes entrissen, wurde er von den Wachen aufgegriffen.

Vom Polizei-Inspector sofort verhört, gibt Passanante genaue Auskunft über seine Person, seine Familie und die Zeit, in welcher er nach Neapel gekommen. Er erwähnt in kurzen Worten die verschiedenen Dienstverhältnisse, in welchen er gestanden, und gibt ohne Weiteres an, nie an einer Geisteskrankheit gelitten zu haben und dass solche überhaupt nicht in seiner Familie vorgekommen; auch erwähnt er seiner Aburtheilung im Jahre 1870.

Ueber die Motive, welche ihn zum Attentate getrieben, befragt, macht er die bereits an anderer Stelle angeführten Angaben, hinzusetzend, dass, indem er von seinem Dienstherrn sekirt und geplagt wurde, er das Leben satt bekommen, und anstatt sich zu tödten, den Plan gefasst hatte, nach dem Leben des Königs zu trachten. „Ich hatte mich seit zwei Tagen dazu „entschlossen und mit der Absicht, mich mit Waffen zu versehen, ging ich „in einen Laden, wo altes Eisen verkauft wird (in piazza francese), und

*) Bein-Auslösen?



„kaufte mit einem halben Franc das Messer, welches mir im Momente, als „ich es gegen den König führte, entrissen wurde."

Er hatte das Messer in die Fahne eingerollt, um den Grund seiner Anwesenheit am Orte des Festzuges zu simuliren und um stets die Waffe bereit zu halten, ohne damit Aufsehen zu erregen. — Deswegen trug er Fahne und Messer in ein Sacktuch gehüllt unter seinem Rocke. Er erinnert sich, wie er in der Zeit eines Augenblickes die Fahne entrollte und die Waffe führte, jedoch nicht, ob es zwei oder drei Stiche waren, und ob er den König verletzt habe; er sah diesen selbe mit gehobenem Ellbogen pariren und erinnert sich, dass, als ihm ein Kürassier an den Leib rückte, er von einer Hand am Wagendache festgehalten wurde, und dass er, wenn er von den Wachen nicht ereilt worden wäre, der Wuth des Volkes zum Opfer gefallen wäre. „Das Volk war ja immer so," setzt er hinzu. Bei einem nochmaligen Verhöre bestätigt er die bereits gemachten Angaben und fügt noch bei: „Ich habe dem Leben des Königs nachgestellt, wohl wissend, „dass ich darob werde sterben müssen und mit der festen Ueberzeugung, „dass nach meinem Tode Andere versuchen werden, meine Absicht aus„zuführen." Er leugnet, Mitschuldige gehabt zu haben. Er selbst habe den Stoff für das Fähnchen, Bänder und Wolle für die Quasten gekauft und habe diese selbst verfertigt, indem er Alles mit eigener Nadel und Faden zusammennähte und dann die Aufschrift hinaufklebte; nur durch Zufall habe er sich auf der Seite des Königs befunden.

Er antwortet genau und vorsichtig, eine aussergewöhnliche Auffassungsgabe bekundend und die Folgen seiner Angaben richtig vorhersehend. Befragt, ob er z. B. glaube, dass, wenn das Attentat gelungen wäre, sich die Lage des Volkes verbessert hätte, sagt er „er zweifle", und warum? „weil es keine Verschwörung gab". — Einige Antworten zeigen sogar vielen Scharfsinn und eine nicht gemeine Denkkraft; so antwortet er z. B. auf die Frage, ob es eine republikanische Tugend sei, die Stimme und die Einwilligung der Majorität zu missachten, die Ruhe zu stören und die gesetzlichen Interessen zu beeinträchtigen, Folgendes: „Die Majorität, welche sich fügt, ist schuldig; „die Minorität hat das Recht, sich selbe anzueignen." — Aus seinen Gesprächen tritt deutlich das Pflichtgefühl, Geheimnisse zu bewahren, hervor. In seinem „Programm für eine geheime Gesellschaft" stellt er das Verrathen geheimer Beschlüsse als das grösste und am schwersten zu ahndende Verbrechen hin, und von den Kreuzfragen in die Enge getrieben, gestand er, nicht leugnen zu können, dass er an Geheimnisse gebunden sei. Er erinnert sich der geringsten Geschehnisse, und wenn er schweigt oder sich widerspricht, ist es immer ein gebotenes Schweigen oder ein unvermeidliches Sichbrechen an der Klippe eines ihm überlegenen Scharfsinnes und an der gebundenen Klarheit der Thatsachen.

Dies die hervorragenden psychischen Daten, welche uns aus den verschiedenen Verhören zu Gebote stehen. Ihr Werth ist einleuchtend und wir behalten uns vor, selbe mit dem Resultate unserer directen Untersuchung seines Geisteszustandes zu vergleichen und in Zusammenhang zu bringen.

Schriftstücke.

Die uns vorliegenden Schriften Passanante's, welche wahrscheinlich erst in letzterer Zeit geschrieben worden sein dürften, bieten gleichfalls einen für uns sehr wichtigen Gegenstand. Es gibt deren vier: 1. Eine 24 Seiten haltende

Broschüre, welche die Darstellung seiner Ansichten über die Uebelstände in der heutigen Gesellschaft und ihre sichere Abhilfe durch die universelle Republik mit gewissen Modalitäten aufweist. — 2. Etwas wie ein Statut für dieselbe, auf 2 Seiten, in 18 Sätzen. — 3. Eine kurze Volkshymne. — 4. Ein drei Seiten langer Brief, wie er uns sagt, an Victor Hugo, damit er sich zum Urheber eines allgemeinen Friedens erhebe.

Die erste dieser Schriften soll angeblich im April 1878 begonnen und im September desselben Jahres, nachdem er sich mehreremal zu ihrer Vollendung angeschickt hatte, aber immer davon abgehalten wurde, zu Ende gebracht worden sein.

Er verwendete dazu seine wenigen freien Augenblicke, conferirte inzwischen mit Anderen über seine Ideen und fand überall Zustimmung. Dies seine Aussage. — Aus diesem Grunde habe er sie der Veröffentlichung nicht unwürdig erachtet, und übergab den Aufsatz, den er früher ausbessern liess, der Presse. Die Volkshymne soll angeblich vom September an in kurzer Zeit verfasst worden sein, und den Brief an Victor Hugo (welchen Namen er mit jenem des Ugo Bassi verwechselte), will er kurz nach der Weltausstellung zu Paris zugleich mit dem Statute, welches bei ihm im Momente des Attentates gefunden wurde, geschrieben haben.

Wir müssen gestehen, dass der Eindruck, welchen uns diese Schriften allererst machten, jener der Verworrenheit war. Sie enthalten viele Gedanken, aber diese sind nicht logisch mit einander verbunden und die Phrasen sind ganz unmotivirt und zum Theile unklar. Wenn man aber näher darauf eingeht und die durch die mangelhafte Bildung des Schreibenden entstandenen Lücken mit Bindewörtern, Vorwörtern und Artikeln ausfüllt und ergänzt, so verschwindet das Unklare, und der nun hervortretende Ideengang verräth stellenweise vornehme Denkungsart, treffende Ausdrücke und klare Begriffe. Er selbst commentirt auf die beste Weise seine Zeilen, liest diese ganz fliessend und zusammenhängend vor, klärt dunkle Stellen auf, und das, was früher als Widerspruch und paradox erschien, entfaltet sich verständlich und klar. Man kann ihm natürlich in den darin enthaltenen Ansichten nicht Recht geben, aber Nichts erscheint uneigen oder seinem Verständnisse unzugänglich, und gerade das, was an sich selbst absurd erscheinen könnte, ist mit seiner Ideen-Anreihung im richtigen Verhältnisse und den Prämissen consequent. Nichts finden wir also, was von der Schreibart mangelhaft Gebildeter abweichen würde, denn gerade darin liegt das Charakteristische, dass solche Leute immer mehr weniger wirr durcheinander schreiben und die Geduld des Lesers im Entziffern des Sinnes in Anspruch nehmen. Wenn aber der Betreffende selbst das Geschriebene vorliest, wird es ungleich verständlicher und klarer.

Passanante's Gedanken zielen in seinen Schriften durchgehends auf Einsetzung der universellen Republik, auf die Mittel, um sie zu erlangen, und auf die Gesetze, welche ihr zu Grunde liegen müssten. Sämmtliche Aussprüche werden durch Beispiele aus der Geschichte des Alterthums, insbesondere aber aus der römischen, dann ferner aus der Geschichte der Neuzeit und aus der Bibel unterstützt. Die am meisten vorkommenden Namen aus der Neuzeit sind Mazzini, Orsini, Agesilao Milano; Garibaldi ist ihm nicht mehr jener Held, welcher seine Schriften vom Jahre 1871 inspirirte, weil er kein wahrer Republikaner mehr, sondern der Held der Monarchie sei.

Daraus und aus den Schriften des Jahres 1870 entnimmt man, dass er



einige Ansichten geändert, viele neue aufgestellt, und neue Fragen, deren Lösung er eifrig suchte, emporgebracht hat. Früher beschäftigte er sich mehr mit politischen Fragen als mit socialen, heute hingegen gibt er den ersten nur mehr eine schwache Bedeutung, und sagt, dass alle Regierungsformen gerecht seien und geachtet werden müssen; die weit wichtigere Frage sei die der Gesellschaft, und die Uebelstände unter dem Volke müsse man für immer ausmerzen. Und da beschäftigt sich Passanante vorwiegend mit den Bedürfnissen, welche heutzutage das Volk bewegen, und mit Ideen, welche heute gewisse der Gesellschaft angehörige Volksclassen durchwühlen, deren Ziel es ist, die herrschende Ordnung der Dinge um jeden Preis und von Grund aus zu stürzen, wie z. B. das der „Internationale". Er will sich anmassen, die brennendsten und schwierigsten Fragen mit Mitteln, welche meist unanwendbar und utopistisch sind, zu lösen, und drückt sich hiebei, wegen seiner ungenügenden Bildung, in einem Wirrwarr von unrichtigen Folgerungen aus, jedoch ohne dadurch Anlass zu geben, in ihm etwas Krankhaftes vorauszusetzen.

Untersuchung des Angeklagten.

Anthropometrie: Giovanni Passanante, 29 Jahre alt, ist von zartem Knochenbaue, 1·63 Meter hoch, und wiegt 51·500 Kilogr.; der Schädel ist ziemlich gleichmässig und gut entwickelt; es folgen die craniometrischen Masse:

diameter fronto-occipitalis	180mm
„ biparietalis	148 „
„ mento-bregmaticus	217 „
„ bifrontalis	110 „
circumferentia	535 „
curva anter.-posterior	350 „
„ biauricularis	300 „
„ anterior	269 „
„ posterior	267 „
Stirnhöhe	71 „
Stirnbreite	135 „
Gesichtslänge (-höhe)	104 „
Index cephalicus	82 „
Summe der drei Hauptcurven	1185 „
Gesichtswinkel	75°

Der Schädel ist leicht brachicephal, nicht gross, aber sowohl in verticaler als in horizontaler Richtung im richtigen Verhältnisse zur Statur und zum Skeletbaue stehend; normal entwickelt sowohl in der Breite als in der Höhe; der Schädel überwiegt gegenüber dem Gesichte.

Haare, Bart, Iris dunkelbraun, die Haut stark pigmentirt, Ohren normal ausgebildet, das Gebiss fehlerfrei, die Geschlechtstheile wenig entwickelt; an den beiden letzten Fingern der rechten Hand eine alte Narbencontractur nach Verbrennung.

Psychische Functionen: Diese haben wir bereits kennen gelernt; prüfen wir sie genau, keinen Zug seines geistigen Wesens ausser Acht lassend, so finden wir, dass die Ideenbildung eine ganz normale ist. Keine Spur eines Wahnes ist da, ja sogar die anscheinlich verwirrten Begriffe, welche man bei ihm häufig begegnet, werden, wenn er spricht, klar und deutlich. Vielleicht rühren seine oft utopistischen Ideen von jener unvollkommenen Elementar-



bildung her, die er dann später noch mit einseitigen Ansichten in politischer und socialer Beziehung gross zog.

Das productive Vermögen von Ideen ist gegen alle Erwartung entwickelt, die Auffassung und Urtheilsbildung desgleichen von ungewöhnlicher Schnelligkeit; dasselbe kann man von seiner Ueberlegung sagen, die Antworten sind exact und prompt; Ideen und Ausdrücke stehen unzweifelhaft höher als seine Stellung, sie sind oft vornehm und durch geschichtliche Kenntnisse unterstützt.

Die Ideen-Association geht regelmässig und rapid vor sich, die Aufmerksamkeit ist stets eine gespannte; in seinen Gesprächen ereifert er sich nie und spricht ruhig, sein Vortrag ist nie feurig oder überstürzt, wie es bei Fanatikern vorzukommen pflegt. Er bekundet volle Ueberzeugung und Festigkeit in seinen Ansichten und erklärt sich bereit, für selbe das Leben einzusetzen. — Das Gedächtniss prompt und ausdauernd.

Die Gefühle sind alle gut entwickelt, am allerwenigsten die egoistischen; er zeigt sich über sich selbst wenig bekümmert. Die Ehrsucht scheint in ihm vorzuherrschen; beanspruchte er doch, dass seine styllosen Schriften abgedruckt werden, indem er sich unter seinen Freunden seiner geistigen Ueberlegenheit wohl bewusst fühlte und sich nicht zweimal auffordern liess, seine Schriften zu verbreiten. Wir fragten ihn, wie er in seiner geringen Stellung als Koch auf die Idee kommen konnte, so wirres Zeug zu veröffentlichen, und was er sich davon verhoffte. Darauf gab er zur Antwort: „Dort, wo sich der Gelehrte nicht mehr auskennt, findet oft der Unwissende den Ausweg", und fügte noch einige Beispiele aus traditionellen Volkssagen hinzu. Wir haben uns bei diesem Punkte weitläufiger ausgesprochen, da er nach dem ersten Eindruck als die Seite minoris resistentiae seines Geistes angesehen werden könnte, und uns daran lag, darzuthun, ob es sich nicht um eine Spur eines Grössenwahnes handle*). Was affective Gefühle betrifft, so sehen wir in ihm ein Muster für Elternliebe und Freundschaft. In seinen Jünglingsjahren war er sehr fromm, später aber legte er alle religiösen Aeusserlichkeiten ab, hielt und hält noch immer fort an dem Glauben an Gott und Christus. Er gehörte auch schon evangelischen Vereinen an. Die Moralität scheint in ihm fest zu wurzeln; schrieb er denn nicht in seinen Schriften über die Laster und die Missbräuche, das Reich der Ehrlichkeit proclamirend und auf die Strafen für die verschiedenen Verbrechen hindeutend? Und in der That, in seinem bisherigen Lebenslaufe können wir kein einziges Factum aufweisen, welches von Unehrlichkeit zeugen würde. Seine diesbezügliche Auskunft lautet: „Der „Diebstahl, das unsittliche Benehmen, sind unmoralisch, verbrecherisch, weil „sie gegen das Eigenthum und die Familie gerichtet sind. Der Mord ist auch „ein Uebel, zu welchem oft die Eltern und die schlechten Beispiele verleiten."

*) Das Benehmen Passanante's während und nach der Verhandlung hat in Vielen den Eindruck wachgerufen, als ob das in ihm ausserordentlich potenzirte Selbstgefühl, wie Mehrere behaupten, den Grad einer krankhaften Erscheinung erreiche. Wir fühlen uns aber trotzdem nicht veranlasst, auch nur haarbreit von unserem bereits ausgesprochenen Urtheile über Passanante abzuweichen; wir fragen nur, welcher der geistig begabtesten Mörder würde sich nicht einem exaltirten Selbstgefühle hingeben, wenn er sieht, wie die öffentliche Meinung sich mit ihm und den ihn betreffenden auch geringsten Umständen in einer Weise beschäftigt, wie es nie oder fast nie vorzukommen pflegt, auch wenn es sich um die grössten Wohlthäter der Menschheit handelt, und wenn er zum Gegenstande aller möglichen Erkundigungen, Nachsichten und der Besuche berühmter Persönlichkeiten etc. etc. wird, so wie es bei Passanante gewesen.



An das vollbrachte Attentat anknüpfend, fragten wir ihn, ob und wie er sich darüber zu rechtfertigen gedenke. „Ich wollte das Volk rächen, die eigenen „Ansichten und Ueberzeugungen müssen mit Blut besprengt sein" etc. Er leugnet die Absicht, dem Leben des Königs nachgestellt zu haben, „er habe „diesem nur eine Schmarre beibringen und dem ihm zujubelnden Volke eine „Schmach anthun wollen". Befragt, was denn im Gewissen vorgehe, wenn man eine schlechte Handlung zu begehen versucht wird, sagte er: „in ihm „seien zwei Willen, der eine verdränge den andern, und jener, welcher siegt, „bestimme die Handlung; er habe übrigens diesen Kampf nicht gefühlt, als „er zum Attentate schritt, weil er es schon beschlossen hatte; er habe nur „in der Wahl der Mittel gewankt." Das Pflichtgefühl, so wie er es versteht, ist in ihm ausgeprägt: „Man müsse den Freunden und den Principien treu „bleiben, Geheimnisse bewahren und das eigene Leben für ein Princip hin„geben." Daraus erklären sich wohl am besten alle seine Handlungen in seinem ganzen Leben, insbesondere aber seine letzte verruchte That.

Die Instincte sind schwach entwickelt; jener der Erhaltung ist bei ihm den Geboten seiner Principien unterworfen, er stellt sich mit wenig Nahrung zufrieden, trinkt nie Wein, und beanspruchte nie ein bequemes müssiges Leben. Der Trieb der Fortpflanzung soll in ihm nie stark hervorgetreten sein.

Sein Wille ist kräftig, resolut. In seinen Antworten und Handlungen stets schneller Entschluss und Festigkeit. Die Sprache ist geläufig und deutlich; er findet stets richtigen Ausdruck, so wie man es bei seiner mangelhaften Bildung nicht erwarten würde.

Die Schrift ist regelmässig und zeigt etwas ganz Individuelles, so dass man sie leicht aus allen anderen herauskennt; die Buchstaben breit und kräftig, wie es bei wenig Geübten vorzukommen pflegt, die Schreibrichtung gerade, häufig grammatische und orthographische Fehler.

Die Physiognomie ist eher sanft, oft heiter lächelnd, und hat nichts Düsteres oder Grimmiges an sich; der Blick scharf, durchdringend und unruhig; die Stirne oft gerunzelt, insbesondere beim Nachdenken oder wenn er eine Antwort gibt. Die Gesichtsmuskeln oft in Bewegung, selten liest man in der Physiognomie innere Gemüthsbewegung; nur als er uns das zweitemal vorgeführt wurde und wir ihm von seinen Freunden sprachen, sehen wir ihn etwas bewegt und gerührt.

Sein Benehmen lässt auf Energie schliessen, er geht geraden und festen Schrittes; seine Wärter berichten, dass er manchesmal traurig und düster gestimmt ist, und aufseufzt, dann werde er wieder zeitweilig lustig. In den ersten zwei Tagen seiner Verhaftung weinte er; er spricht gern mit der Umgebung, aber nicht oft, und scheint sich mehr um jene als für sich selbst zu kümmern. Er spielt gern die erlaubten Spiele, liest fast immer; er verlangte auch schon die Bibel, und schrieb Briefe, worunter einen an den Präsidenten des Gerichtshofes, damit er die Untersuchung beschleunige, und einen zweiten, welcher ungeordneter als jeder seiner anderen Schriften ist; auch schrieb er einige Seiten über politisch-sociale Argumente in numerirten kurzen Absätzen ähnlich wie die Verse der Bibel. Zum Schlusse fragten wir ihn noch ob er die Annahme einer Geisteskrankheit als Rechtfertigung seiner That billige; darauf erwiderte er: „Ich fürchte mich nicht vor dem „Tode, aber ich will nicht als Narr angesehen werden; wenn ich als Narr „erklärt werden sollte, fiele das Princip und ich würde das Entgegengesetzte „meiner Handlungen bezeugen."



Relationirende Functionen: Sowohl die allgemeine als die specifische Sensibilität ist normal; die mit dem Weber'schen Zirkel gemachte Messung der Raumempfindung hat Folgendes ergeben: 2^{mm} an der Zunge, 5 an der Hand, 7 an der Stirne, 14 am Thorax, 52 am Rücken. Die Prüfung der Sensibilität mit verschiedenen Reizen hat selbe als normal erwiesen. Die elektrische Algometrie hat eine exquisite Schmerzempfindung auf elektrischen Reiz gezeigt. Sie beginnt am Vorderarme bei einer Rolle-Distanz (Duboys-Reymond'scher Schlittenapparat) von 7·7 an; bei 9·2 wird er nicht mehr vertragen. Die Stichprobe erwies sich weniger schmerzhaft. Die Motilität ist normal, die elektro-muscalische Contractilität exquisit. — Die Pupillen reagiren träge. Muskelbau zart, die Dynamometrie ergab rechts 60, links 72, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass an der rechten Hand eine (wie bereits erwähnt) Contractur in Folge Verbrennung an zwei Fingern existirt, in Folge welcher das Dynamometer nicht gut gefasst werden konnte; — keine Tremores, weder der Zunge noch der Hände. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab nichts Abnormes.

Functionen des vegetativen Lebens: Herzstoss normal, Puls schwach, 88 in der Minute; eine sphygmographische Aufnahme ergab einen schnellen Puls, dessen Welle an ihrer absteigenden Linie eine leichte Erhebung zeigte; Respiration 22, Auscultation und Percussion normal; die Temperatur stieg ein einziges Mal in Folge eines leichten Gastro-intestinal-cat. auf 38; die Functionen des Gastro-intestinaltractes, sowie die Secretionen in bester Ordnung, Schlaf gut.

Wir haben somit alle Phasen des Lebens dieses Mannes und die Erscheinungen seines Organismus in psychischer und physischer Hinsicht geprüft und durchforscht, begegneten aber durchaus keinem krankhaften Wesen; ja im Gegentheil fanden wir in ihm einige hervorragende Eigenschaften ohne Beeinträchtigung der anderen, zwischen welchen vollkommenes Gleichgewicht herrscht; die Ideenbildung, die Perception, die Sensibilität sind die entwickeltsten; die Vorstellungskraft und einige Gefühle, wie jenes der Pflicht nach seinem Begriffe, sind ebenfalls gut entwickelt.

Unter seinen Ideen ragen am meisten jene hervor, welche politische Quästionen betreffen; viele von ihnen sind utopistisch, keine aber ist von einem Wahne beseelt; es sind im Allgemeinen Ideen, welche man heutzutage in gewissen Volksclassen sehr verbreitet findet, oder die von gewissen Secten ausgestreut werden; sie sind gefährlich, absurd, weil unausführbar, aber nicht krankhaft. Sie bedingen und bestimmen bei ihm die wichtigsten und bemerkenswerthesten Handlungen seines ganzen Lebens von der Zeit der Entwicklung seiner Denkkraft an.

Könnte man vielleicht behaupten, dass das Vorwiegen derselben auf der Stufe einer krankhaften Erscheinung stehe? Dies ist nach unserer Meinung die einzige Frage, welche, bevor wir die psychische Integrität des Passanante constatiren, nach Allem dem, was wir bereits erläutert und angeführt haben, noch aufgeworfen werden kann.

Das Urtheil, ob das Vorherrschen einer gewissen Ideenfolge, deren eigentliches Wesen nicht krankhaft ist, eine solche Intensität erlangen könne, um krankhaft zu sein, bildet sich aus der Betrachtung der Folgen, unter welchen es zu Tage tritt. In unserem Falle können wir selbe in vier Abschnitte theilen:



a) Vernachlässigung der Profession,
b) Schriften,
c) Politisches Verbrechen im Jahre 1870,
d) Attentat am 17. November 1878.

Wenn wir ihn in seinem Lebenslaufe verfolgen, so sehen wir, dass er von seinem 17. bis 18. Jahre an stets dieselben Ideen gehabt, entwickelt und zum Ausdruck gebracht hat. Er hat sich während seines Lebens zwar nicht dermassen damit beschäftigt, dass man sagen könnte, er hätte seine Beschäftigungen ganz und gar vernachlässigt, oder er hätte sich mit gar nichts Anderem abgegeben; jedoch sah man ihn die Zeit seiner Beschäftigungen abkürzen, um sich sofort der Lectüre von Journalen hinzugeben und im Vereine politische Reden zu halten. Jeder Jüngling, meinte er, habe seinen Spass und seinen Zeitvertreib, der seine sei das Lesen und Schreiben gewesen. Das häufige Wechseln der Dienstorte rechtfertigt er damit, dass er meinte und hoffte, es würde ihm anderswo besser ergehen.

Einerseits wissen wir nun in Folge polizeilichen Berichtes die Thatsache, dass er wegen Vorliebe zum Lesen die Ausübung seiner Obliegenheiten, wenn auch nur zum Theile, vernachlässigte, und wegen seines Ungehorsams und seiner Verwegenheit nacheinander vom Dienste entlassen wurde; andererseits ist es aber auch eine Thatsache, dass, als er in der „Fabbrica degli Svizzeri" bedienstet war und es ihm dort gut ging, er Jahre lang dort ausgeharrt hat. Daraus ersehen wir, dass sein Hang zu diesen Ideen nicht alle, und auch nicht immer seine Gedanken und Handlungen absorbirte, weshalb ihr Vorherrschen gewiss nicht als krankhaft bezeichnet werden kann.

Die Vorliebe, seine Gedanken, welche so lebhaft über politische und sociale Fragen in seinem Geiste aufeinander folgten und sich immer neu gestalteten, zu Papier zu bringen, kann sie etwa als krankhafte Erscheinung aufgefasst werden? Seine geistigen Fähigkeiten sind weder gering, noch alltäglich. Er fühlte eine Kraft und einen nicht unbedeutenden Ideenreichthum in sich, so dass dieser selbst ihm auffallen musste. Weiterhin tauchten immer neue Ideen, neue Begriffe auf, welche ihm die schwierigsten Probleme dem Verständnisse zuführten; er fasste dadurch eine besondere Vorliebe, sich diesen zu widmen und creirte neue, der Phantasie entnommene Phrasen, um sich ja gut ausdrücken zu können. Darauf fühlte er sich mächtig hingezogen, selbe auf Papier zu fixiren, gerade so wie es in den höheren Kreisen fast alle Menschen thun, die in ihrem Geiste eine aussergewöhnlich starke Regung fühlen und dann ganze Bücher schreiben. Kann uns dieser Trieb Passanante's Wunder nehmen? Die Besprechungen, die er mit Anderen hielt, mussten in ihm die productive Kraft nur noch mehr unterstützen. Mehrere riethen ihm die Veröffentlichung seiner Schriften an; kein Wunder, wenn sich nun Passanante dazu hergab, seinen Ideen durch Niederschreiben derselben und durch ihre Veröffentlichung Verbreitung zu geben. — Dies ist eine Folge seiner Begabung, seiner Gemüthsart und fremder Eingebungen, aber nichts Krankhaftes. Seine Schriftstücke sind gewiss nicht von der Art der schriftlichen Aufzeichnungen eines Wahnsinnigen oder eines maniakalisch Erregten.

Was war nun das Motiv, das ihn zum Attentate trieb? War es ihm innewohnend oder waren es äussere Einflüsse? Handelte er aus eigenem Antriebe oder entledigte er sich blos eines Mandates? Fühlte er sich durch seine Principien dazu gedrungen und was konnte er sich von dieser Handlung erwarten? Wusste oder hoffte er, dass dadurch eine bereits geplante



reactive Volksbewegung sich flott machen werde, um die herrschende Ordnung der Dinge zu stürzen?

Es fehlen uns offenbar alle Beweis-Elemente, um diesen Fragen gerecht zu werden, Fragen überdies, welche zu erörtern nicht in unserem pflichtlichen Bereiche steht.

Beschränken wir uns daher auf jene Anhaltspunkte, welche er selbst uns mit seinen Aussagen gibt; er gibt uns an, dass „es der Jubel des Volkes, „aber nicht, wie er einschaltet, des „wahren Volkes" gewesen wäre, der ihn „bewog, das Attentat auszuführen in der Voraussicht, wie dieses sich dann „mit festlichem Gepränge seinem Abgotte zuwenden würde. Er habe damit „dem Volke ein erhabenes Beispiel und zugleich einen Aufruf ertheilt." — Wir können dies als ganz mit seinen Ideen zusammenhängend auffassen, und in der Voraussetzung, dass es wirklich so sei, war es ein absolut logischer Impuls, welcher direct aus seinen Principien, die er öffentlich bekennt und deren Verwirklichung er innig heranwünscht, abzuleiten ist.

Aus diesem Versuche, so tief als möglich in seine geheimsten Gedanken zu dringen, um von dort aus das seine That bestimmende Moment mit jenen Elementen, die er uns selbst an die Hand gibt, zu erforschen, sammeln wir uns auf logischem Wege die Mittel zur Lösung der Frage. Sie schliessen jeden Zweifel oder Verdacht auf eine krankhafte Grundlage des psychischen und physischen Organismus aus. Jede directe Einwirkung also, welche sein unwiderstehlicher Ideendrang auf die verschiedenen Lebensphasen gehabt haben mag, bietet uns nirgends einen krankhaften Charakter.

Die Untersuchung aller seiner übrigen psychischen Functionen ergibt kein Zeichen irgend einer krankhaften Störung des Centralnervensystems. Die Sensibilität ist theilweise eminent, die Motilität normal und alle organischen Functionen ziemlich regelmässig. Keine aller jenen functionellen Erscheinungen also, welche bei einer die Gehirnfunctionen alterirenden Geistesstörung entweder zum Theile oder auch gänzlich zerstört zu sein pflegen, ist ersichtlich belastet und auch in hereditärer Beziehung und was congenitale Disposition zu Geisteskrankheiten und seinen Skeletbau, insbesondere aber jenen des Schädels betrifft, ist nirgends etwas Krankhaftes und Abnormes aufzufinden.

Aus Allem, was wir so eingehend besprochen, müssen wir nun folgern, dass es feststeht, dass das begangene Attentat weder von einem unwiderstehlichen Impulse, noch von Stumpfsinn oder von krankhafter Perversion des sittlichen Gefühles ausgeht; die Prämeditation, der von ihm selbst behauptete freiwillige Entschluss eliminiren jeden impulsiven Charakter; die schon bewiesene normale Entwicklung des moralischen Gefühles schliesst jede krankhafte Störung desselben aus.

Wenige Worte noch werden genügen um zu beweisen, dass Passanante weder an Hallucinationen noch an Lypemanie leidet; die ersteren, d. h. Trugvorstellungen, welche keinem wirklichen Gegenstande entsprechen, sind auszuschliessen, weil alle Sinnesorgane sowohl peripherisch als central normal fungiren und niemals Erscheinungen aufgetreten sind, welche auch im weitesten Sinne darauf schliessen liessen; das zweite, nämlich acute oder chronische Lypemanie, d. h. Wahnsinn mit psychomotorischen Hemmungs-Erscheinungen (délire débilitant, oppressive nach Esquirol) ist gleichfalls nicht vorhanden, weil sich nie weder heitere noch traurige Wahnvorstellungen bei ihm gezeigt haben.

Nach der den Grundsätzen der Wissenschaft gemäss gepflogenen Unter-



suchung und nach unserem besten Wissen und Gewissen ist es unser Aller Schlussfolgerung, dass Giovanni Passanante weder an Hallucinationen noch an Lypemanie, noch an irgend einer anderen Geisteskrankheit leidet, noch jemals gelitten hat.

Aus dem Vereine.

Protokoll

der Vereinssitzung vom 26. November 1879.

1. Vorsitzender Herr Regierungsrath Professor Meynert begrüsst die nach längerer Pause wieder zusammengetretene Versammlung und erwähnt insbesondere des Vortheils, welcher sich den Vereinsbestrebungen durch die in der letzten Sitzung in Vorschlag gebrachte, gegenwärtig bereits begonnene Benützung des Hörsaales der psychiatrischen Klinik des k. k. allgemeinen Krankenhauses als Sitzungslocal insoferne bietet, als die häufig genug sehr erwünschte Demonstration geeigneter Krankheitsfälle hier ohne Schwierigkeit sich durchführen lässt.

2. Herr Dr. Hollaender berichtet

über einen Fall von Kleinhirn-Atrophie.

Obzwar schon der Chirurg Petit im vergangenen Jahrhundert die Untersuchungen über die Functionen des Kleinhirnes eröffnete, und nach ihm Männer wie Flourens, Foville, Magendie, Desmoulins, Schöff u. A. den ihnen zu Gebote stehenden Scharfsinn und experimentelle Geschicklichkeit zur Bezwingung dieses Gegenstandes ins Treffen führten, ist man doch genöthigt, bei näherer Betrachtung der theils unsichern theils widersprechenden Ergebnisse, sich zu gestehen, dass aus der grossen Fülle des vorhandenen Materials, wenn man dieses auch noch unter der Controle der pathologischen Befunde einer genauen Würdigung unterzieht, nur eine Thatsache als unumstösslich ihr Recht behauptet, und zwar diejenige, welche beweisend hervorthut, dass Verletzungen des Kleinhirns stets von Störungen der Bewegung und Stellung, eigentlich Unsicherheit derselben, welche je nach Grad und Ausdehnung der Verletzung verschieden, gefolgt sind. Die übrigen Erscheinungsreihen, wie Drehbewegungen, Veränderung der Augenaxenstellung u. s. f. sind von einigen Forschern beobachtet, von anderen wieder, die mit derselben Glaubwürdigkeit und Geschicklichkeit experimentiren, vermisst worden, so dass die Annahme, es sei hier die einwirkende Ursache nicht stets aufs Kleinhirn beschränkt gewesen, als unabweislich feststeht; alle stimmen sie aber überein, dass gewisse Störungen in der Bewegung auftreten, und nur in der Auffassung dieser Bewegungsstörung beginnt die Divergenz der Ansichten.

Betrachten wir die am Krankenbette gesammelten Erfahrungen über die Erkrankungen des Kleinhirnes, mögen dieselben acuter oder chronischer Art sein, immer wird man sich gestehen müssen, dass dieselben nicht jenes Gepräge einer ausgesprochenen Constanz tragen, welche nothwendig ist, um mit genügender Sicherheit an die Erkenntniss einer Erkrankung heranzutreten. — Unser gewonnenes Wissen beschränkt sich hier blos auf eine dem Cerebellar-



leiden stets zukommende Erscheinung, das ist eine Coordinationsstörung, ein schwankender, taumelnder Gang, doch ist dieses Symptom auch nicht pathognomonisch, und erst andere positive oder negative Thatsachen müssen uns oft hilfreich ihren Bestand bieten, da diese Erscheinung auch andern Erkrankungen des Centralnervensystems eigenthümlich sind. Erscheinungen wie Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Ambliopie und Amaurose, Störungen von Hirn- oder Rückenmarks-Nerven der sensiblen und motorischen Sphäre können wohl vorkommen, ihr Vorhandensein oder Fehlen kann uns jedoch nie zum Schlusse verhelfen, dass wir es mit einem Kleinhirnleiden zu thun haben.

Ein besonderes Interesse bieten die atrophischen Zustände des genannten Organs, weil sie uns die reinen Ausfall-Symptome ohne die störenden Fernwirkungen der Krankheits-Ursache in reinster Weise vor's Auge führen; es liegen in dieser Richtung sehr viele Beobachtungen vor, die in mehr oder weniger ausgeprägter Weise das Vorhandensein einer in wechselnder Intensität vorhandenen Motilitätsstörung erkennen lassen, einige noch durch eine gewisse Erschwerung in der Articulation der Sprache. Ein in dieser Richtung sehr interessanter Fall ist jener von Combette verzeichnete, der in jeder Physiologie citirte der Alexandrine Labrosse, wo ein vollständiges Fehlen des Kleinhirns sich vorfand, und nur Unsicherheit der Bewegung und Articulationsstörung als wirkliche, der ausfallenden Function des Cerebellums zumessbare Symptome constatirt werden konnten.

Im Nachfolgenden erlaube ich mir einen Fall vorzuführen, welcher auf der psychiatrischen Klinik in einem der vergangenen Monate beobachtet wurde, und wenn wir vor der Obduction auch nicht zur richtigen Erkenntniss der Krankheit gelangten, besteht doch eine Berechtigung, ihn anzuführen, schon des Umstandes wegen, um die Bedingungen erwägen zu können, welche die Grundlage für einen Fehlschluss bilden.

Ein 62jähriger Pfründner wurde im Monate September auf die Klinik des allgemeinen Krankenhauses aufgenommen. Das Aufnahmsparere lautete: Patient ist schlaflos, lärmt, tobt, zeigt geistige Verwirrtheit. Nach Angabe seiner Frau leide der Kranke seit Jahren an Kopfschmerz, Schwindel, seit 5 Jahren an allmälig zunehmender Schwäche der unteren Extremitäten, die schon vor Jahren soweit gediehen war, dass er seit jener Zeit auch nicht auf einen Stock gestützt gehen konnte. Seit 3 Wochen sei er bettlägerig, verworren und aufgeregt.

Der Kranke bot auf der Klinik das Bild eines vorgeschrittenen Paralytikers. Seine Antworten waren unzutreffend, verworren, die Demens charakterisirend. Die Sprache war in der articulatorischen Coordination mangelhaft, stolpernd. Der Patient lag beständig im Bette, konnte nicht aufstehen; bei dem Versuche ihn aufzustellen, drohte er umzustürzen. Die Bewegungen der unteren Extremitäten erfolgten bei horizontaler Lage des Kranken etwas träge, mit nicht zu grossen Excursionen, doch prompt. Sensibilitätsstörung war nicht constatirbar. Ausserdem war noch eine leichte Verstreichung der linken Nasolabialfalte, sowie Zittern der Zunge vorhanden. Der Kranke musste catheterisirt werden, was durch eine Hernia abdom. sehr erschwert war. — Auf Grundlage der Initialsymptome und der sich stetig entwickelnden somatischen und psychischen Erscheinungen wurde die Diagnose auf Paralysis progressiva ascendens gestellt und der Kranke nach dreitägiger Beobachtung in die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt überführt.



Durch die Freundlichkeit des Herrn Professor Meynert wurde uns das Ergebniss der Ende September ausgeführten Obduction übermittelt, welche Folgendes zu Tage förderte. Depressionen auf dem rechten Scheitelbein, nach vorne gabelförmig gespaltet, nach rückwärts linear mit einer nach aussen vorragenden Kante, wie durch Ineinanderschiebung hervorgerufen. Auffallende Unebenheiten der Hinterhauptsgegend. Mässige Verdickung und Verwachsung der Dura mater mit dem Schädel, Hyperämie des Gehirns, Atrophie des gesammten Kleinhirns mit dichterem Anfühlen und Verschmälerung seiner Windungen, schwielige Derbheit des Marklagers, schmutzige Färbung seines Durchschnittes, eine Reihe linsengrosser, leicht drüsiger, oberflächlich abgeschnürter, gelbröthlicher Neubildungen längs des rechten äusseren Randes der Rautengrube. Lungenoedem — Erweiterung des Herzens — chronischer Magen- und Darmkatarrh — Schrumpfnetz der Niere mit leichter Hydronephrose.

Vor Allem müssen wir uns hier die Frage vorlegen, wie es kam, dass eine Verwechslung des Sitzes der Krankheits-Ursache möglich wurde. Duchenne spricht sich im „Archiv général de Médecine" dahin aus, dass eine grosse Aehnlichkeit zwischen dem Gang eines Trunkenen und Tabetikers einerseits, und dann zwischen dem Gang eines Tabetikers und Cerebellarleidenden andererseits vorhanden ist. In einer späteren Arbeit vom Jahre 1864 war er bemüht die Unterschiede festzustellen, auf deren Grundlage man die Bewegungsstörungen beider Krankheitsformen auseinander halten könne, und bezeichnete die eine Form als titubation produite par l'ataxie locomotrice progr., die andere als titubation vertigineuse produite par les affections cerebelleuses und nur die letztere Form soll mit dem Taumeln eines schwer Betrunkenen Aehnlichkeit haben. In schweren, einer längeren Beobachtung zugänglichen Fällen mag dieser Unterschied zur richtigen Beurtheilung viel beitragen, in vielen Fällen war aber nur eine Schwäche der unteren Extremitäten constatirbar. Wenn wir in unserem Falle berücksichtigen, dass zur Beurtheilung der Gangstörung uns nur die ungenauen Angaben der Frau vorlagen, anderntheils die bei uns zu Tage tretenden schweren Erscheinungen auch auf Kosten der schweren psychischen Benommenheit summirt d. h. auf die schon früher vorhandenen Rückenmarks-Erscheinungen geschoben werden konnten, ist ein falscher diagnostischer Schluss leicht erklärlich, denn alle diese Erscheinungen kommen auch einer aufsteigenden Paralyse zu.

Die übrigen hier noch verzeichneten Symptome sind nicht solcher Art, dass sie direct auf ein Kleinhirnleiden hinweisen. Schwindel gehört wohl zu jenen Symptomen, welche oft als ein frühzeitigstes Erscheinen eines bestehenden Cerebellarleidens auftreten, er fehlte aber bei den meisten der beschriebenen Fälle der Atrophie des genannten Organs und kommt nur den raumbeschränkenden Erkrankungen des Kleinhirns als constantes Vorkommniss zu. Im Uebrigen ist er so vieldeutig und eine so alltägliche Begleiterscheinung anderer Gehirnkrankheiten mit dem mannigfaltigsten Sitze, dass er nur in einigen Fällen, wo er mit besonderer Intensität auftritt und das ganze Krankheitsbild sozusagen beherrscht, zu verwerthen ist. Wenn man auch zugeben muss, dass der Schwindel zu den functionellen Störungen des Kleinhirns zu rechnen ist, erscheint es doch auffallend, dass bei vielen Fällen von Kleinhirnschwund, welcher doch am meisten geeignet ist, diese functionelle Beeinträchtigung eines Organs hervorzurufen, diese vollständig vermisst wird, und es erscheint die Ansicht Nothnagel's, dass die Körperschwankungen nicht





als Zwangsbewegungen in Folge des Schwindels aufzufassen sind, als stichhältig und natürlich auch die daraus gezogene Schlussfolgerung, dass beide Symptome als einander coordinirt zu betrachten sind.

Dass der Kopfschmerz nicht als diagnostischer constanter Behelf herbeigezogen werden kann, bedarf keiner Erörterung.

Was die Sprachstörung betrifft, erscheint es auffallend, dass in acht verzeichneten Fällen von Kleinhirn-Atrophie eine solche immer bestand und wenn in einem Falle von Huppert, welcher die Medulla oblongata auch verkleinert fand, eine Mitbetheiligung dieses Organs nicht zurückzuweisen ist, sind wieder andere Fälle, so besonders der von Professor Meynert in den „Wiener medicinischen Jahrbüchern" vom Jahre 1864, wo der Hypoglossuskern ganz intact gefunden worden, und welcher zu jenen mit grösster Genauigkeit untersuchten gehört, verzeichnet, welche die Ansicht, man habe es auch hier mit einer Coordinationsstörung zu thun, wahrscheinlich erscheinen lassen; es haben ja französische Autoren dem Kleinhirne auch bei der Articulation der Laute eine Rolle zugeschrieben.

Sehr schwer ist in unserem Falle, wo keine Atrophie des Grosshirns bestand, die leichte Lähmung des Facialis zu deuten, wenn man bedenkt, dass solche durch Lähmungen der centralen Fasern in vivo oft gesehen werden, wo dann bei der Section keine namhaften Veränderungen in der Rinde vorzufinden sind.

Wir können aus dem vorgeführten Falle nur ersehen, dass die Diagnose einer Kleinhirn-Atrophie zu jenen gehört, welche nur unter den glücklichsten Umständen gemacht werden kann, jedenfalls muss bei Erkenntniss derselben der Sprachstörung eine gewisse Rolle zugeschrieben werden, welche, wenn auch nur als diagnostischer Behelf bei Bestehen der sogenannten constanten Symptome auf die Art der Erkrankung unter Umständen hinweisen kann, umsomehr, als gerade die Kleinhirnatrophien es sind, bei welchen eine Sprachstörung zu den anderen Symptomen sich mit wenigen Ausnahmen hinzugesellt. —

Herr Regierungsrath Meynert macht im Anschlusse hieran aufmerksam auf die auffallende Aehnlichkeit, welche zwischen Erkrankungen des Kleinhirns und der Hinterstränge des Rückenmarkes in jenen Fällen herrscht, wo die subjectiven Schwindelerscheinungen nicht sehr ausgeprägt sind; die Anschauung, nach welcher man die Erscheinungen der Tabes dorsualis, welcher Process die aufsteigende Paralyse einleitet, vom Wegfalle der Wirkung eines die Bewegungen coordinirenden Organes herleitet, habe allerdings manches Verlockende an sich und in jüngerer Zeit gebe es noch immer Untersucher, welche glauben, dass, wenn das Kleinhirn das Coordinationsorgan ist, der Effect derselbe sei, ob nun das Kleinhirn durch Erkrankung functionsunfähig ist oder die Hinterstränge degenerirt sind, welche ja grösstentheils aus dem Kleinhirn entspringen. Nur geben gerade die Uebertreibungen der Bewegungen Tabetischer einen Anhaltspunkt für die Annahme, dass die den Bewegungen ihren richtigen Abschluss gebenden Innervationsgefühle nicht mehr zur Geltung kommen. Zwar liegen in neuester Zeit Versuche vor, die Natur der Tabes nach den Erscheinungen der Sehnenreflexe, dem Wegfalle derselben bei Erkrankung der Hinterstränge, erklären zu wollen und die Coordinationsstörungen in Zusammenhang zu bringen mit dem Ausfall der Empfindung der von den Muskeln und tiefer gelegenen Theilen ausgehenden Spannungsverhältnisse, welche für den Umfang der Bewegungen ein richtiges Mass liefern.





Die Zurückführung jener Erscheinungen auf Sensibilitätsstörungen der Haut habe schon Westphal als ungerechtfertigt erklärt und sind wir nach Allem darauf angewiesen, in die Störung der Innervationsgefühle, deren eigene Station eben das Kleinhirn ist. die Ursache jener Coordinationsstörungen zu verlegen.

3. Demonstration zweier Kranheitsfälle durch den Vorsitzenden Herrn Professor Meynert:

1. Fall: 26 Jahre alter Bedienter, durch hydrocephalische Schädelform, und einen Sturz vom Pferde, den er vor 4 Jahren gemacht, disponirt, leidet seit Jugend häufig an Kopfschmerzen; seit Jahresfrist, offenbar unter Einfluss alkoholischer Getränke (bis 4 Liter Wein täglich, ausserdem Liqueure) versuchte Patient fünfmal Selbstmord meist durch Erhängen, stets in Zuständen völliger Aufhebung des Bewusstseins, die epileptischen Anfällen vollständig gleich zu setzen sind.

2. Fall: Kindergärtnerin, 18 Jahre alt, hereditär belastet (Trunksucht des Vaters), vor einigen Jahren chlorotisch, unregelmässig menstruirt, wurde im Juni d. J. kurz nach Einwirkung eines Schreckens zum ersten Male ohnmächtig; seit 2 Monaten stellen sich häufig (mitunter mehrmals täglich) rasch vorübergehende Zustände von Trübung des Bewusstseins gleichzeitig mit Hallucinationen ein (sieht Bekannte, hört deren Stimmen, sieht Thiere, Blumen etc.); diese Anfälle, denen nach Angabe der Kranken meist ein Gefühl von Blutandrang zum Kopf vorangeht, innerhalb deren sie — ausschliesslich und lebhaft mit den jeweiligen Hallucinationen beschäftigt — von den Vorgängen ihrer Umgebung nicht die geringste Notiz nimmt, sind allerdings von Amnesie gefolgt, welche aber bemerkenswerther Weise auf die Hallucinationen selbst nur zum Theil sich bezieht. Es scheint die Intensität des Vorganges, welcher derartigen (epileptischen) Anfällen zu Grunde liegt, so gering zu sein, dass die Hallucinationen, welche durch Herabsetzung der Hemisphärenthätigkeit mit dem Eintreten des Anfalles als aura auftauchen, durch einen eben noch genügenden Rest von Helligkeit des Bewusstsein während des Anfalles nach demselben noch erinnerlich bleiben. — Bromkaliumbehandlung (bis 8 Gramm pro die) bis nun von mehrwöchentlichem Erfolg.

4. Herr Sanitätsrath Primararzt Dr. Gauster theilt nachstehende Krankengeschichte eines Epileptikers mit, den er das nächste Mal vorzustellen hofft:

Ein nahe 30jähriger Kupferschmiedgehilfe H. kam wegen Verbrechens öffentlicher Gewaltthätigkeit in Untersuchung, und wegen krankhafter Sinnesverwirrung nicht zurechnungsfähig befunden in das allgemeine Krankenhaus dann von dort am 15. October in die Wiener Irrenanstalt auf die Abtheilung des Vortragenden. Hier war er ganz ruhig und erzählte seine Lebensgeschichte ziemlich eingehend, zusammenhängend und klar. Er war nicht hereditär belastet, in der Kindheit gesund, lernte in der Schule ohne besondere Anstrengung lesen, schreiben und rechnen, dann sein Handwerk. Im Jahre 1865 war er auf Wanderung in Schwaz in Tirol, und erkrankte im Herbste, war 8 Wochen in einem Klosterspitale. Der Arzt sagte, es sei kaltes Fieber; es seien Nervenzufälle hinzugekommen, die Krankheit kam von Schwäche, durch Einathmung von Salzsäure und Vitriol und von Zug. Nahrungsmangel habe er aber nie gelitten. Seit damals war er gesund bis 1874, wanderte herum, sehr oft den Arbeitsort wechselnd; einen epileptischen Anfall bei der Arbeit in Brünn bekam er ohne erkenntliche Ursache 1874, wegen dem er in's Krankenhaus kam, wo er 3 Wochen



war. Er wanderte dann weiter, 1875 bekam er einen Anfall auf der Reise und wurde mittelst Marschroute heimgesendet. 1876 geschah dasselbe, später noch dreimal mit Schub, immer nach einem Anfalle. Er hatte dabei keine Vorgefühle und wusste später vom Anfalle nichts. Die Leute sagten, dass er das Hinfallende habe. Nach den Anfällen habe er keinen Kopfschmerz, keine Schläfrigkeit, diese Fälle kamen meistens im Schlafe. Er bekam sie in den letzten Jahren gewöhnlich dreimal im Monate, bei Voll- und Neumond, sie dauern nach Angabe der Leute 5—10 Minuten. Er sei kein Trinker, nicht arbeitsscheu; er soll zuletzt bei seinem Stiefvater auf das Dach gestiegen sein und Ziegel zerstört, auch ihn gefährlich bedroht haben, davon wisse er nichts, deswegen sei er in Untersuchung gekommen. Er weiss, dass er in's Spital und dann hieher in die Irrenanstalt gebracht wurde. Er sei in Korneuburg verurtheilt, die Strafe aber eingestellt worden, warum wisse er nicht. Im Jahre 1873 sei er von einer klafterhohen Leiter gefallen und habe damals den linken Arm 5 Wochen lang nicht bewegen können. Die körperliche Untersuchung zeigt regelmässigen Kopf, $53\,{}^1/_2$ Centimeter Umfang desselben, abgeflachtes Hinterhaupt, Stirnfaltung links unbedeutend weniger ausgeprägt, rechte Nasolabialfalte etwas flacher, Pupillen gleich, normal. Zunge zittert nicht. Gesichtsausdruck gutmüthig. Der linke Arm etwas schwerer am Schultergelenke beweglich, Reiben in selbem bei fixirter Schulter. Keine tremores der Hände.

Die vom Gerichte requirirten Acten geben an, dass der Genannte arbeitsscheu, jähzornig und mehrmals ganz verwahrlost heimgekommen sei, das letzte Mal im Juni d. J. Der Stiefvater habe ihm Arbeit bei der Eisenbahn verschafft, doch habe er diese nach einem Monat selbst verlassen, daheim aber angegeben, er sei entlassen worden. Der Stiefvater drängte ihn fort; H. arbeitete gar nichts; bei Tag sei er auf dem Boden gelegen, Nachts ins Wirthshaus gegangen. Am 22. August sei er früh vom Hause fort, kam um 10 Uhr Vormittags in betrunkenem Zustande heim und wollte, dass sein Stiefvater mit ihm zum Bürgermeister um das Wanderbuch gehe. Dieser habe verlangt, dass H. vorausgehe, da er sich schäme, mit dem Betrunkenen zu gehen. H. sei hinausgegangen, und gleich darauf fand ihn der Stiefvater auf dem Düngerhaufen liegen, mit dem Gesichte in der Jauche; mit Hilfe eines Nachbarn trug er ihn in den Schafstall, jedoch nach wenigen Minuten wälzte sich H. wieder zum Misthaufen; sie entfernten ihn abermals, doch H. machte sich los, holte Brod, beschimpfte den Stiefvater und drohte, ihn zu erstechen; stieg sodann auf das Dach und zertrümmerte dort des Stiefvaters und ferner eines Nachbarn Ziegel in ziemlich grosser Zahl. Ein Nachbar, der hinaufgestiegen, wurde von H. gewürgt, auf den Kopf geschlagen und fast über den offenen Gang hinabgestossen; man band ihn, er machte sich wieder los; endlich kam die Gensdarmerie und H. wurde arretirt. Niemand der Angehörigen und Bekannten will davon wissen, dass H. an Fallsucht leide. Bei dem ersten Verhöre am 23. gab H. an, dass er an Fallsucht leide, er müsse den Tag vorher wohl einen Anfall gehabt haben; er wisse von dem Beanzeigten nichts; er sei nach solchen Anfällen im Kopfe durch längere Zeit verwirrt; er weiss sich zu erinnern, dass sein Vater nicht mit ihm gehen wollte, dann habe ihn der Stiefvater gepackt und auf den Düngerhaufen geworfen; er sei dort liegen geblieben und glaube, dass ihn seine Krankheit dort wieder befallen habe; das war damals 11 Uhr Vormittags; als ihm die Ziegeltrümmer gezeigt



wurden, war es schon 5 Uhr Nachmittags. Vom Bezirksgerichte wurden zwei Aerzte über die Zurechnungsfähigkeit des H. einvernommen; dieselben sprachen sich dahin aus, dass er weder am Kopfe, noch Gesichte Verletzungen oder Narben vom bewusstlosen Niederstürzen zeige, wie sie regelmässig bei Personen, die lange an Epilepsie leiden, vorzukommen pflegen, auch sei sein Gesichtsausdruck zu intelligent; die angeschuldigten Handlungen können nicht in einem epileptischen Anfalle vollbracht worden sein; es ist das wiederholte Hinstürzen auf den Misthaufen, Eintauchen des Kopfes, Stützen auf die Hände, das Aufsteigen auf das Dach und das Werfen mit Ziegeln durchaus nicht im epileptischen Anfalle geschehen, denn in einem solchen müsste H. vom Dache herabgefallen sein. — In der Nacht vom 8. bis 9. September soll H. im Arreste nacheinander mehrere Anfälle gehabt haben, die nach Angabe der Mitarrestanten in plötzlichem Augenverdrehen, Niederstürzen und Herumschlagen bestanden haben sollen; bei einigen Anfällen soll er, statt zu stürzen, auf das Fenster geklettert sein; er hatte sich mehrere Hautabschürfungen im Gesichte zugezogen. Der abermals einvernommene Gerichtsarzt sprach den Verdacht auf Simulation aus und beantragte längere Beobachtung. Es wurde der Anklagebeschluss gefasst, bei dessen Vorlesung sich H. verwirrt zeigte, und H. wurde einer anderen gerichtsärztlichen Beobachtung unterzogen. Am 8. October d. J. gaben die zweiten Gerichtsärzte ihren Befund dahin ab, dass H. im Arreste des Gerichtshofes, wohin er am 10. September gebracht worden war, sehr unruhig gewesen sei, unzusammenhängende sinnlose Reden geführt habe, an den Fenstern und Betten hinaufzuklettern versucht, und befragt um die Orte, wo er bisher gewesen, entfernte fremde Städte angegeben habe; nach einigen Tagen sei er ruhig geworden, benahm sich anständig, und beantwortete die Fragen über sein Vorleben richtig. In den letzten Tagen soll H. wieder Nachts besonders unruhig verwirrt gewesen sein, sich mit Zählen beschäftigt haben. Es sei in der Haft ärztlich kein epileptischer Anfall beobachtet worden. Doch sei nicht ausgeschlossen, dass H. wirklich an Epilepsie leide, weil die Anfälle dieser Krankheit nicht immer mit heftigen Krämpfen und mit offenbarer Bewusstlosigkeit auftreten, sondern sich als Schwindel offenbaren; zuweilen sind die Kranken scheinbar bei Bewusstsein, haben aber nach dem Anfalle nicht die geringste Erinnerung an das Gesprochene oder ihre Handlungen im Anfalle; nur die veränderte Gemüthsstimmung nach einem solchen Anfalle, und die periodische Wiederkehr derselben führe zur Erkenntniss der Krankheit. Die Gerichtsärzte weisen dann auf die Angaben eines Mitarrestanten über vorgekommene Anfälle hin und schliessen daraus, sowie aus dem von seiner früheren Umgebung behaupteten unstäten, zum Jähzorn geneigten Wesen, dass H. höchst wahrscheinlich an Epilepsie und nach einem Anfalle derselben durch mehrere Tage an Geistesverwirrung leide; sie erklären demnach, dass H. (muthmasslich in Folge von Epilepsie) an einer Geisteskrankheit mit periodischen Tobsuchtsanfällen leide und dass er die ihm zur Last gelegten Reden und Handlungen in einem Zustande von Sinnesverwirrung, somit in unzurechnungsfähigem Zustande verübt habe. Die weitere Strafamtshandlung wurde nunmehr eingestellt und H. am 12. October in das allgemeine Krankenhaus gebracht, wo er am selben Tage einen 3 Minuten andauernden ausgebildeten epileptischen Anfall mit darauf folgendem tiefen Schlafe nach Angabe der Krankenpfleger hatte. Am 13. war er klar. Ebenso fand ihn der Vortragende sehr gutmüthig, zur Arbeit geneigt, geistig nicht auffällig geschwächt, nur widersprach er sich bei wiederholter





Besprechung, so dass sein Gedächtniss nicht ganz intact, sondern lückenhaft erschien. Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung seiner Dispositionsfähigkeit am 8. November wurde er gesund erklärt, wogegen G. beim Gerichte Einspruch erhob, da die Beobachtungszeit zu kurz sei, um bei einem derartigen Kranken, der mit periodischer so gemeingefährlicher Geistesstörung behaftet sein soll, schon den Ausspruch zu fällen, er sei gesund. Der gerichtliche Ausspruch steht noch aus. Am 11. November hatte H. zwischen 12—1 Uhr Nachts drei epileptische Anfälle der erste Anfall dauerte 5 Minuten, zeigte heftige Zuckungen, Geschrei und Benommenheit, Schaum vor dem Munde, der Kranke biss herum; die andern Anfälle waren kürzer und leichter. Morgens wusste H. nichts davon, war nur matt, rechtsseitige Facial-Parese, Trägheit der rechten Pupille waren deutlich wahrnehmbar; er war ganz klar und ging zur Arbeit. Am selben Tage Mittags war wieder ein Anfall von viertelstündiger und Abends von halbstündiger Dauer ohne nachfolgender psychische Störung. Ebenso waren am 12., 13. und 14. Mittags Anfälle ohne weitere Alterationen. Der folgende Verlauf wird nächstens gelegenheitlich der Vorstellung des Kranken mitgetheilt werden.

Der Vortragende bemerkt zu diesem Falle, dass einerseits der erste gerichtsärztliche Ausspruch wieder lebhaft zeigt, wie nothwendig psychiatrische Bildung für alle Aerzte sei, und wie gerechtfertigt die Bestrebungen des Vereins um Erwirkung der Verpflichtung aller Studirenden zum Studium der Psychiatrie, sonach Aufnahme dieses Faches unter die Prüfungsgegenstände bei den Rigorosen erscheinen; anderseits müsse er bei derartigen periodischen Zuständen mit solcher Gemeingefährlichkeit, selbst bei anscheinend ganz correctem und normalem Benehmen des Untersuchten, eine über Monate sich erstreckende Beobachtungsfrist als nothwendig erklären, bevor man einen solchen Kranken als gesund erklären, sonach auch aus der Anstaltsbeobachtung entlassen kann; endlich hege er auch die Meinung, dass bei der Schwierigkeit einer Beobachtung ausser regelrechtem Spital oder einer Irrenanstalt, bei dem Umstande, als die Angaben der Kranken und der Zeugen sich im Wesentlichen widersprechen, einige Kranheitsbeobachtungen nur durch Mitarrestanten, nicht ärztlich constatirt sind, zur vollen Festigung und Sicherung eines gerichtsärztlichen Ausspruches in derartigem Falle bezüglich Krankheit und Zurechnungsfähigkeit eine längere ärztliche Beobachtung, namentlich in einer dafür bestimmten Krankenabtheilung geboten sei; er will dadurch die Richtigkeit des letzten gerichtsärztlichen Ausspruches in diesem Falle, dass Inculpat höchst wahrscheinlich an Epilepsie und nach einem Anfalle derselben durch mehrere Tage an Geistesverwirrung leide, nicht bestreiten. Eine längere Beobachtung unter geeigneten Verhältnissen würde nur einen noch bestimmteren Ausspruch erlaubt haben.

5. Ueber Bericht der Herren Dr. Hinterstoisser und Dr. Hollaender Censoren für die Jahresrechnung pro 1878—79 wird dem Herrn Vereinsökonomen Dr. A. Holler das Absolutorium ertheilt.

6. Als ordentliche Mitglieder werden aufgenommen: Herr Dr. Eduard Pohl, k. k. emer. Salinenphysikus (bisher correspondirendes Mitglied des Vereins), die Herren Secundarärzte des k. k. Inquisitenspitals Dr. Mayr Wilhelm und Dr. Schwab Guido.

7. Der angekündigte Vortrag des Herrn Sanitätsrathes Gauster „über Grübelsucht" wird wegen vorgerückter Stunde vertagt.

Dr. Fritsch, Secretär.



Notizen,

Phosphor gegen Melancholie. Dr. Williams in Sussex wendet den Phosphor gegen einfache Melancholie an, $^1/_{30}$ Gran zweimal täglich; nach und nach auf 3—4 Dreissigstel Grade steigend. Er fand beim Gebrauch keine besonderen Unannehmlichkeiten, ausser einen stark weissen Zungenbeleg. Seiner Fälle sind aber wenige, sechs, und von diesen war die Heilung nur bei dreien vollständig, bei einem in Aussicht, bei einem andern vorübergehend.

Ueber **primäre Verrücktheit** hat Merklin in Dorpart Studien veröffentlicht, welche diese Frage nach den verschiedensten Seiten hin auf Grund der Literatur über diesen Gegenstand und 60 eigener Beobachtungen darstellen. Es erscheint zweifellos, dass eine Reihe von Psychosen sich durch primäre Alteration der Vorstellungssphäre, durch Sinnesdelirien und Wahnvorstellungen auszeichnen, ohne dass Gefühlsstörungen den Process einleiten. Verfolgungs- und Grössenwahn sind die häufigsten Wahnvorstellungen, sind innig verbunden. Was an Störungen in motorischer und Gefühlsrichtung zu finden, beruht auf den Wahnvorstellungen. Die Krankheit bleibt meistens durch viele Jahre stabil und geht selten in psychische Schwäche über. Merklin fand 5 Formen: 1. Die einfache chronische, die sich bei einem Gesunden allmälig entwickelt ohne andere Vorläufer; öfters gehen Sinnestäuschungen voran, aus denen die Wahn-Ideen entstehen; meistens kommen erstere als Folge letzterer. Eigentliches Krankheitsbewusstsein fehlt. 2. Die acute, mit stürmischem Auftreten von Illusionen und Hallucinationen und darauf basirten Wahnvorstellungen, die wie beim Fieberdelirium ganz incohärent werden können. Verfolgungs-Ideen herrschen auch hier vor, doch excedirend, das ganze Vorstellungsvermögen beherrschend; öfters Präcordialangst; triebartige Bewegungen, Unruhe, Verworrenheit der Handlungen. Die Prognose sei günstig; Heilung oft rasch. In der Reconvalescenz Krankheitsbewusstsein. 3. Die hypochondrische; sie gleicht der chronischen, geht aber aus Hypochondrie hervor, hat wie jene typische Remissionen; die Wahnvorstellungen haben specifisch hypochondrischen Charakter. Der Kranke wähnt sich wegen seines Krankseins beobachtet, dann verfolgt; aus den hypochondrischen Empfindungen gehen Wahnvorstellungen von Fehlen von Organen, Vorhandensein von Thieren in verschiedenen Körpertheilen u. s. w. hervor; trotz Depression oft Grössenwahn. Diagnose infaust. 4. Die hysterische, aus Hysterie hervorgegangen, gleich der früheren, nur ohne typische Remissionen. 5. Die originäre, im Sinne Sander's.

Von der secundären Verrücktheit unterscheidet sich die primäre durch die logische Kraft der Vertheidigung der Wahnvorstellung, während bei ersterer der Schwachsinn vorherrscht. M. erwähnt noch der masturbatorischen Verrücktheit Krafft-Ebing's, die sich der hypochondrischen anschliesst, sich jedoch durch Vorherrschen von Geruchshallucinationen und raschen Verfall in Blödsinn unterscheidet.

Herausgeber: **M. Gauster** und **Th. Meynert**. Verlag von **Toeplitz & Deudicke**.
K. k. Hofbuchdruckerei **Carl Fromme** in Wien.



Inhalt des ersten Jahrganges.

(9. Jahrgang des „Psychiatrischen Centralblattes".)



Autoren und Vortragende.



JAHRBÜCHER

für

PSYCHIATRIE.

HERAUSGEGEBEN

vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie

in Wien.

REDIGIRT

von

Reg.-Rath Dr. Th. Meynert
o. ö. Univers.-Professor.

und

Dr. J. Fritsch
Univ.-Docent u. k. k. Landesgerichtsarzt.

II.

~~DRITTER~~ BAND.

WIEN 1882.
TOEPLITZ & DEUTICKE
SCHOTTENGASSE 6.

